Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fükuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Zweiunddreissigster Jahrgang.

Januar — Dezember 1916.

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Referate.

Seite

II. Kritiken und Besprechungen.

III. Kongress- und Gesellschaftsberichte.

IV. Nekrologe.

V. Briefkasten.

Jahrgang XXXII. Januar 1916. No. 1.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Januar. 1916. No. 1.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medikamente.

1) **Killian** (Berlin). **Zur Geschichte der Endoskopie von den ältesten Zeiten bis Bozzini.** Mit 56 Textfiguren. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 347. 1915.*

Die höchst interessante historische Darstellung der Geschichte der Endoskopie, welche von Killian mit grossem Fleisse vielfach mit wörtlichen Zitaten der Autoren gegeben wird, eignet sich zum Referat nicht besonders; wer die geschichtliche Entwicklung verfolgen will, muss schon die Arbeit selbst studieren, was auch den Fachgenossen warm empfohlen wird; schon die vielen Originalzitate sind höchst interessant und von besonderem Interesse erscheinen die vielen Abbildungen der hier in Frage kommenden Instrumente von den ältesten Zeiten an (Aegypter, Griechen, Römer usw.), bis zu Bozzini 1805. Es ergibt sich im allgemeinen aus der geschichtlichen Entwicklung der endoskopischen Untersuchungsmethoden von Hippocrates' Zeiten an, dass das Bestreben, die Höhlen des Körpers zu beleuchten und so in das Innere desselben einzudringen, durch alle Jahrhunderte hindurch sich erstreckt und dass der Anschauungskreis der alten Aerzte auf dem fraglichen Gebiete nicht so weit von unserem heutigen abwich, wie man bisher geglaubt hat.

B. BAGINSKY.

2) **Seyffarth** (Hannover). **Ueber direkte Laryngoskopie und Tracheo-Bronchoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 1363. 1914.*

Ueberblick über das Indikationsgebiet der direkten Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie, der Schwebelaryngoskopie, über die dabei zu befolgende Technik und Illustration der Wichtigkeit der direkten Methode durch eigene instruktive Beobachtungen des Verfassers.

R. HOFFMANN.

3) **Samuel Iglauer. Ein neues Gestell für den Killianschen Aufhängeapparat.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Anstatt des Killian'schen Galgens, welcher am Tische, auf dem der Patient liegt, befestigt wird, gebraucht Iglauer ein starkes Gestell, welches dem

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fükuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Zweiunddreissigster Jahrgang.

Januar — Dezember 1916.

Berlin 1916.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Referate.

Seite

II. Kritiken und Besprechungen.

III. Kongress- und Gesellschaftsberichte.

IV. Nekrologe.

V. Briefkasten.

Jahrgang XXXII. Januar 1916. No. 1.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

BARTH, Oberstabsarzt Dr. Ernst, **Die neuropathischen Störungen der Atmung.** (Sonderabdruck aus der Senator-Festschrift.) gr. 8. 1904. 1 M. 60.

— — **Die Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen.** Mit 3 Tafeln und 20 Figuren im Text. (Sonderabdruck aus dem Archiv für Laryngologie. 16. Bd. 3. Heft.) gr. 8. 1904. 2 M.

BERTHOLD, Prof. Dr. E., **Die intranasale Vaporisation.** Ein neues Verfahren zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens und zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Nase und der Kieferhöhle. gr. 8. 1900. 1 M. 60.

BLUMENFELD, Dr. F., **Spezielle Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** gr. 8. 2. Aufl. 1909. 2 M. 80.

BRUCK, Dr. Franz (Berlin-Charlottenburg), **Aphorismen für die hals-, nasen- und ohrenärztliche Praxis.** 8. 1911. 1 M.

BUKOFZER, Dr. M., **Die Krankheiten des Kehlkopfes.** gr. 8. 1903. 4 M. 60 Pf.

— — **Zur Hygiene des Tonansatzes** unter Berücksichtigung moderner und alter Gesangsmethoden. (Sonderabdruck aus dem Archiv f. Laryngologie, XV. Bd.) gr. 8. 1904. 80 Pf.

BUSSENIUS, Stabsarzt Dr. W., **Die Mit- und Nachkrankheiten des Kehlkopfes bei akuten und chronischen Infektionen.** gr. 8. 1902. 1 M.

BUSSENIUS, Stabsarzt Dr. W. u. Dr. H. COSSMANN, **Das Tuberculin TR.** Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äusseren Tuberkulose. Aus d. Klinik f. Hals- u. Nasenkranke d. Kgl. Charité. gr. 8. 1898. 4 M.

EWALD, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. A. und Geh. Med.-Rat, Prof. und Direktor des pharmakologischen Instituts, Dr. A. HEFFTER, **Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre.** Auf Grundlage des Deutschen Arzneibuches 5. Ausgabe und der neuesten ausländischen Pharmakopöen. Mit einem Beitrag von Prof. Dr. E. Friedberger. Vierzehnte, gänzlich umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1911. Geb. 18 M.

FRAENKEL, Prof. Dr. A., und Dr. J. GEPPERT, **Ueber die Wirkungen der verdünnten Luft auf den Organismus.** Eine Experimental-Untersuchung. gr. 8. Mit 1 Taf. in Kupferdr. u. 2 Holzschn. 1883. 3 M.

FRAENKEL, Prof. Dr. Bernh., **Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle.** 17 Quarttafeln in Photogravure mit erl. Text. 1891. 25 M.

GUTTMANN's, Dr. Paul, **Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden** für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. Herausgegeben von Priv.-Dozent Dr. F. Klemperer. Neunte verbesserte und vermehrte Auflage. gr. 8. 1904. 10 M.

HOLMES, Dr. Gordon, **Die Geschichte der Laryngologie** von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart. Uebersetzt von Dr. Otto Koerner. gr. 8. 1887. 2 M.

JAEGER, Oberstabsarzt Prof. Dr. H., **Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche** in ätiol., epidemiol., diagnost. und prophylaktischer Beziehung. gr. 8. Mit 33 Texttafeln. 1901. (Bibliothek v. Coler-v. Schjerning, IX. Bd.) Geb. 7 M.

KRAUSE, Prof. Dr. H., **Die Erkrankungen der Singstimme,** ihre Ursachen und Behandlung. Nach Referat vom internat. Kongress in Moskau. 8. 1898. 1 M.

KUTTNER, Dr. A., **Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe.** gr. 8. 1904. 6 M.

LEWIN, Prof. Dr. L. und Dr. H. GUILLERY, **Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge.** Handbuch für die gesamte ärztliche Praxis. Zweite vervollständigte Auflage. gr. 8. Mit Textfiguren. Zwei Bände. 1913. 38 M.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Januar. 1916. No. 1.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medikamente.

1) **Killian** (Berlin). **Zur Geschichte der Endoskopie von den ältesten Zeiten bis Bozzini.** Mit 56 Textfiguren. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 347. 1915.*

Die höchst interessante historische Darstellung der Geschichte der Endoskopie, welche von Killian mit grossem Fleisse vielfach mit wörtlichen Zitaten der Autoren gegeben wird, eignet sich zum Referat nicht besonders; wer die geschichtliche Entwicklung verfolgen will, muss schon die Arbeit selbst studieren, was auch den Fachgenossen warm empfohlen wird; schon die vielen Originalzitate sind höchst interessant und von besonderem Interesse erscheinen die vielen Abbildungen der hier in Frage kommenden Instrumente von den ältesten Zeiten an (Aegypter, Griechen, Römer usw.), bis zu Bozzini 1805. Es ergibt sich im allgemeinen aus der geschichtlichen Entwicklung der endoskopischen Untersuchungsmethoden von Hippocrates' Zeiten an, dass das Bestreben, die Höhlen des Körpers zu beleuchten und so in das Innere desselben einzudringen, durch alle Jahrhunderte hindurch sich erstreckt und dass der Anschauungskreis der alten Aerzte auf dem fraglichen Gebiete nicht so weit von unserem heutigen abwich, wie man bisher geglaubt hat.

B. BAGINSKY.

2) **Seyffarth** (Hannover). **Ueber direkte Laryngoskopie und Tracheo-Bronchoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 1363. 1914.*

Ueberblick über das Indikationsgebiet der direkten Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie, der Schwebelaryngoskopie, über die dabei zu befolgende Technik und Illustration der Wichtigkeit der direkten Methode durch eigene instruktive Beobachtungen des Verfassers.

R. HOFFMANN.

3) **Samuel Iglauer. Ein neues Gestell für den Killianschen Aufhängeapparat.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Anstatt des Killian'schen Galgens, welcher am Tische, auf dem der Patient liegt, befestigt wird, gebraucht Iglauer ein starkes Gestell, welches dem

zum Aufhängen von Irrigatoren ähnelt und es ermöglicht, das Suspensionslaryngoskop unabhängig vom Tische aufzuhängen, so dass ein besonders gebauter Tisch nicht nötig ist und jeder Operationstisch für die Schwebelaryngoskopie gebraucht werden kann. Das Gestell ist, der Illustration nach zu schliessen, entschieden brauchbar.

OTTO FREER.

4) **Charles R. C. Borden. Latente und tertiäre Syphilis bei Erkrankungen von Nase und Hals. (Latent and tertiary syphilis in diseases of the nose and throat.)** *Journal amer. med. assoc. 31. Oktober 1914.*

Verf. ist ein Anhänger der gemischten Behandlung mit Salvarsan und Hg. Er meint, dass der Laryngologe wenn möglich die betreffenden Fälle einem Syphilidologen überweisen solle, da die Diagnostik und Behandlung der Syphilis eine Spezialität für sich sei.

EMIL MAYER.

5) **Hugo Zwillinger. Beitrag zur Röntgentherapie und Klinik des Skleroms.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 50.*

Verf. berichtet über vier Fälle von Sklerom der oberen Luftwege, die von ihm erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Die Fälle, von denen der erste den seltenen Befund eines primären Skleroms der Luftröhre zeigte, lehren, dass nicht nur frische Produkte, sondern selbst jahrelang bestehende alte Infiltrate durch die Röntgenbestrahlung zurückgebildet werden können.

FINDER.

6) **Wolff Freudenthal** (New York). **Karzinom der oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung und Behandlung mittels Radiums. (Cancer of the upper air tract, with special reference to its treatment with radium, with four illustrations.)** *New York med. journ. 3. Juli 1915.*

In dieser den verschiedenen Gebieten der Krebsforschung gewidmeten Nummer des New York med. journ. bespricht F. die Frage vom laryngologischen Standpunkte aus. In bezug auf die Diagnose sagt Verf., dass der klinische Befund von eben solcher Bedeutung ist, wie der mikroskopische. Irrtümer werden nach beiden Richtungen hin gemacht. — Radium ersetzt nicht chirurgische Massnahmen, aber es hilft in einigen wenigen Fällen.

Autoreferat.

7) **John Horn. Lepra der oberen Luftwege nebst Bericht über einen Fall. (Leprosy of the upper respiratory tract with report of a case.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Dezember 1914.*

Der Fall kam vor zwei Jahren in Behandlung; es bestanden damals Borken in der Nase und eine grosse Perforation im Septum. Zahlreiche Knötchen bedeckten die Septumoberflächen und die hintere Rachenwand. Am Rande der Epiglottis und an den Aryknorpeln befanden sich sowohl zahlreiche konfluierte Knötchen, wie einzelne zartgraue und glänzende, mit gelblich-braunem Belag versehene Knötchen. Die falschen Stimmbänder, besonders das linke, waren mit Knötchen bedeckt und beide infiltriert. Das linke Stimmband war retrahiert und fixiert; jedoch schienen die Stimmbänder frei von Infiltration. Pat. war absolut aphonisch, hatte geringe Dysphagie. Therapeutische Versuche mit Kauterisation und Fulguration hatten keinen Erfolg. Verf. hält die Form der Lepra, an der Pat. leidet, für nicht kontagiös und erachtet daher Isolierungsmassnahmen für überflüssig.

EMIL MAYER.

8) **A. Onodi** (Budapest). **Die leprösen Veränderungen der oberen Luftwege.** Verh. des kgl. Vereins der Aerzte in Budapest. *Orvos. Ertesitö. No. 7. 1915.*

Verf. hat ausser bei fünf in dem Spital zu Pozsony seit Jahren internierten Kranken, Lepra jetzt bei einem 26 Jahre alten Soldaten, welcher aus Bosnien stammt, zu beobachten Gelegenheit gehabt. POLYAK.

9) **E. Mosbacher. Zur Anwendung des Ortizons.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. S. 1223. 1915.*

M. verwandte das Ortizon weiterhin (s. diese Wochenschr. No. 24) in Form mehrmals täglicher Einblasung mit gutem Erfolge bei Ozaena, bei mit Schleimbelag einhergehenden Kehlkopf- und trocknen Nasenrachenkatarrhen. In allen Fällen von Ozaena verschwand nach kurzer Zeit der lästige Gestank.

R. HOFFMANN.

10) **Collischonn** (Mainz-Mombach). **Eine kräftig wirkende Halspastille.** *Med. Klinik. No. 30. 1915.*

Unter dem Namen Thyangol werden Halspastillen in folgender Zusammensetzung empfohlen: Anästhesin 0,03, Phenacetin 0,08, Thymol, Menthol, Ol. Eucalypti ana 0,0015, Gi. arab. qu. s. Die Pastillen lässt man langsam im Munde zergehen. SEIFERT.

11) **Gutstein** (Berlin). **Ueber die Entstehung des Hustens und seine Bekämpfung mit Thyangolpastillen.** *Med. Klinik. No. 47. 1915.*

Bei Hustenreiz infolge von Pharyngitis sicca, hypertrophicans, granulosa haben sich die Thyangolpastillen als gutes Mittel erwiesen, ferner auch bei Husten infolge Bronchitis und Lungentuberkulose. Durch Verabreichung von 2—3 Pastillen vor jeder Nahrungsaufnahme gelang es, den Larynxphthisikern mit Dysphagie eine völlig schmerzlose Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. SEIFERT.

12) **H. Krause** (Berlin). **Corypinol, ein neues Schnupfmittel.** *Med. Klinik. No. 38. 1915.*

Unter dem Namen Corypinol wird eine Kombination von Coryfin und Oleum pini pumilionis als Schnupfenmittel empfohlen. Mit einem in die Lösung eingetauchten Wattestäbchen wird vorsichtig in die Tiefe vordringend die Nasenschleimhaut 1—2stündlich bestrichen. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

13) **Karl Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde des 19. Jahrhunderts.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhinol. und ihre Grenzgeb. Bd. 7. S. 695. 1915.*

In dem vorliegenden sehr lesenswerten Abschnitt, dessen weitere Fortsetzung in dieser Zeitschrift folgen wird, möchte ich folgende Punkte hervorheben: die erste Monographie über die Krankheiten der Nase, in der deutschen Uebersetzung 215 Seiten stark, stammt von Deschamps dem Jüngeren (1740—1824), Chefchirurg in Paris und konsultierendem Chirurg Napoleons I. In dieser Monographie findet sich unter anderem die Angabe, dass Tabakschnupfen bei Augenkranken, Kopfübeln oft heilend wirke. Im ferneren wird von einer epidemischen Krankheit

berichtet, die sich hauptsächlich in Niessanfällen äusserte; von daher stammt die Sitte, Niessenden Gottes Beistand zu wünschen. In dem Abschnitt über das Niessen wird auch von einem Mann berichtet, der jedesmal einen Niessanfall bekam, sobald er seine Frau liebkosen wollte. Die Migräne, der halbseitige periodische Kopfschmerz, wird als von der Schleimhaut der Stirnhöhle ausgelöst betrachtet.

Gerdy in seiner Abhandlung über die Polypen und ihre Behandlung (Paris 1833) verfügt neben seiner reichen Kasuistik auch über eine Anzahl von Obduktionsbefunden.

Bayer (1820) gibt eine genaue Schilderung des Schnupfens bei Säuglingen und weist auf die Wichtigkeit seiner Behandlung hin.

Cloquet (1824) berichtet in einem 500 Seiten dicken Buch über den Geruchssinn und die Geruchsorgane und deren Krankheiten. Wie viele andere Autoren schon vor ihm, so beschäftigt auch er sich mit dem Wesen der Ozaena. Der Begriff der Stinknase wurde nicht strenge gefasst: man verstand darunter ganz allgemeine ulzeröse fötide Prozesse in der Nase. Dass sie oft auf Syphilis zurückgingen, wusste man und richtete danach seine Therapie ein. C. in seiner Abhandlung über die Ozaena weist nun auch darauf hin, dass Fötor und Ausfluss aus Nase während vieler Jahre und bei gutem Allgemeinbefinden auch ohne geschwürige Prozesse bestehen können.

Williams (1833) gibt an, dass der akute Schnupfen rasch verschwindet, wenn keine Flüssigkeit zu sich genommen wird.

Billard (1828) zählt das grosse Instrumentarium auf, das zum Entfernen von Nasen- und Rachenpolypen von verschiedener Seite angegeben wurde. Es ist wahrscheinlich, dass bei Betrachten der Abbildungen sich auch Modelle finden würden, die erst in unserer Zeit wieder „erfunden" worden sind.

Cazenave (1835) beschreibt die nicht venerische Ozaena und empfiehlt als bestes Mittel gegen Ozaena und chronischen Schnupfen Höllenstein.

In Vidal, dem in damaliger Zeit hochangesehenen chirurgischen Lehrbuch (1846), findet sich in der historischen Einleitung unter anderem die Angabe, dass Sixtus V. Vagabonden, Dieben, Faulenzern, welche Rom und seine Umgebung belästigten, die Nase habe abschneiden lassen und dass die Abtissin Eusebra, welche beim Herannahen der Sarazenen für ihre Unschuld fürchtete, sich die Nase abschnitt, um die Feinde von sich abzuschrecken.

Bei Verwachsungen in der Nase, die sich nach tiefem Kauterisieren oder nach Geschwürsbildung, insbesondere nach Pocken, ausbilden, wird nach Lösen der Verwachsungen Einlegen von Schwämmen oder elastischen Gummifäden empfohlen. Vidal, wie übrigens schon viele Autoren vor ihm, weiss, dass sich in der Stirnhöhle Würmer entwickeln können, deren Entfernung sofortige Heilung der lokalen und allgemeinen Symptome bewirkt. Wie schon früher, so wurden auch jetzt durch ihn Fälle von Rhinoliten mitgeteilt; man wusste, dass sie sich um kleine Fremdkörper bilden. Vidal gibt unter anderem auch die Abbildung eines Falles von Exostose des Oberkiefers.

Néguier (1842) empfiehlt als einfaches Mittel gegen heftiges Nasenbluten, den Arm der blutenden Seite energisch in die Höhe zu strecken.

Richter, Professor in Göttingen, gibt in seinem siebenbändigen Werk „Anfänge der Wundarzneikunst" (1782—1804) eine eingehende Studie über die Nasenpolypen. Als Behandlungsmethode wird in erster Linie das Ausreissen mittelst Zange empfohlen und von den früher beliebten Aetzmitteln wegen der nachträglichen starken Reaktion abgeraten. Bei starker Schwellung der Schleimhaut sollen Darmsaiten steigender Dicke eingelegt werden.

Adolph Wilhelm Otto, der Breslauer Anatom (1786—1645), berichtet in seinem Handbuch der pathologischen Anatomie auch über die Missbildungen der Nase bei Mensch und Tier (gänzliches oder teilweises Fehlen der Nase, doppelte Nase, nur ein Nasenloch, drei Nasenlöcher).

OPPIKOFER.

14) **G. Heermann** (Kiel). **Ein einfaches Verfahren, die Ansaugung der Nasenflügel zu beseitigen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 56. S. 165.*

Zu den Methoden von Schmidthuisen und Feldbausch fügt H. ein neues einfaches Verfahren hinzu: Eine Wattepille, welche genau in die vordere Ausbuchtung des Vestibulum nasi passt, wird mit Borsalbe durchknetet und in den vorderen Teil des Vestibulum nasi so eingelegt, dass sie nicht herausfällt und vollständig durch den überhängenden Rand des Vestibulum verdeckt wird. Fabrikation, sofern man es nicht selbst anfertigen will, besorgt Hofapotheker Rüdel in Kiel.

B. BAGINSKY.

15) **W. C. Batroff. Kollaps der Nasenflügel, ihre Aetiologie und Behandlung. (Collapse of the alae nasi, its etiology and treatment.)** *The Laryngoscope. Februar 1915.*

Man muss vor allen Dingen sich vergewissern, welches der Grund für das Ansaugen der Nasenflügel ist. Handelt es sich nur um Schwäche der Levatores alae, so kann deren Funktion durch Massage und Uebung wieder hergestellt werden. Ist der Alarknorpel so scharf gebogen, dass seine obere Kante gegen das Septum liegt, so wird eine Inzision durch die Schleimhaut parallel der oberen Kante des Alarknorpels und etwas darunter gemacht, mit einem scharfen Elevatorium Mukosa und Periost abgehoben und ein schmaler Streifen des Knorpels abgeschnitten, so dass das Lumen frei wird, dann zwei feine Seidennähte und Verband mit Aristolkollodium. Sollte es notwendig sein, einen ungewöhnlich breiten Knorpelstreifen zu exzidieren, so empfiehlt es sich, auch einen schmalen Schleimhautstreifen mit fortzunehmen, da sonst die Schleimhaut eine Art Kissen bilden kann, das zu einer Verstopfung führt. In derselben Weise kann auch der untere Knorpelrand fortgenommen werden, wenn er dem Septum anliegt. Hier ist es äusserst schwierig, Schleimhaut und Periost in dem notwendigen Maasse abzuheben; man mache daher die Inzision etwas oberhalb des freien Randes des Knorpels, wo die Schleimhaut weniger fest anhaftet. Erheblich schwieriger ist die Beseitigung eines kegelförmigen Septum membranaceum. In diesem Falle macht man eine leicht gebogene Inzision an der Stelle, wo Haut und Schleimhaut zusammenstossen, parallel mit dem Rande des Septum membranaceum und führt diese Inzision nach vorne bis zur Nasenspitze. Die Haut wird nach unten gezogen, die Schleimhaut mit dem Elevatorium abgehoben, die verdickten subkutanen und submukösen Gewebe mit einem scharfen Messer exzidiert. Haut und Schleimhaut

werden durch feine Nähte vereinigt. Um den durch die exzessive Menge von Haut, die danach übrig bleibt, geschaffenen Uebelstand zu beseitigen, hat Verf. eine besondere Naht empfohlen.

EMIL MAYER.

16) **v. Eicken. Transplantation bei Synechien in der Nase und bei Verwachsungen des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 113.*

Besteht eine Septumverbiegung, so wird zunächst die submuköse Septumresektion vorgenommen, dann die Synechie durchtrennt und nun ein zu einem derben Tampon mehrfach zusammengelegter und mit Borsäurelösung getränkter Gazestreifen, zwischen die Wundflächen eingelegt, nachdem dieser von einem dem Oberarm oder Oberschenkel entnommenen Thiersch'schen Hautlappen überzogen ist, so zwar, dass die Hornschicht nach innen und die Schnittfläche nach aussen liegt. Der Lappen muss lang und breit sein, da er die doppelte Länge des Tampons und eine Breite besitzen soll, die dem Umfang des Tampons entspricht. Dieser Tampon wird nach 3—6 Tagen vorsichtig nach Aufweichung mit H_2O_2 schichtweis aus der Nase entfernt. Im Bereich der ehemaligen Synechie haftet der Thiersch'sche Lappen der Unterfläche meist fest an.

Das Verfahren stammt aus der Siebenmann'schen Klinik. Mitteilung von 7 Krankengeschichten.

FINDER.

17) **Adolph O. Pfingst. Ein Fall von komplettem beiderseitigem knöchernem Verschluss der Choanen. (A case of complete bilateral bony occlusion of both choanae.)** *The Laryngoscope. März 1914.*

Die Gaumenwölbung war normal, es bestand keine Einziehung der Trommelfelle, Hörvermögen war normal. Verf. machte mit der Trephine ein Loch auf der rechten Seite, durch welche Pat. genügend schnauben konnte. Da die Operation sehr schmerzhaft gewesen war, so weigerte sich Pat., sie auf der anderen Seite vornehmen zu lassen. Sie entzog sich der Beobachtung, wurde jedoch nach 8 Jahren wieder gesehen; es bestand nur eine ganz kleine Oeffnung nahe dem Septum, durch die er nur sehr wenig Luft bekam.

EMIL MAYER.

18) **H. W. Loeb. Der Einfluss der Nase auf Augenkrankheiten. Fall von doppelseitiger Erblindung und Fall von einseitigem Flimmerskotom, geheilt durch Siebbeinoperation. (The influence of the nose on eye affections as evidenced by a case of bilateral blindness and one of unilateral scintillating scotoma, cured by operations on the ethmoid cells.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Dezember 1914.*

Diese beiden Fälle stimmen mit den früheren Beobachtungen des Verf.'s überein, dass unter gewöhnlichen Umständen der N. opticus in enger Beziehung zum Siebbeim nur an dem hinteren äusseren Winkel der hintersten Siebbeinzelle steht. Wo diese Beziehung besteht, da ist nur eine äusserst geringe Möglichkeit irgendwelcher Gefahr für den N. opticus bei einer auf das Siebbein beschränkten Eiterung. Wenn jedoch die letzte Siebbeinzelle die Keilbeinhöhle ersetzt, dann verläuft der Sehnerv nahe der äusseren Wand dieser Siebbeinzelle und an ihr entlang und die Verletzbarkeit des Nerven nimmt entsprechend der grossen Portion

desselben, die exponiert ist, zu. In dem mitgeteilten Fall, in welchem das Sehvermögen alsbald nach der Ausräumung des Siebbeins sich wieder herstellte, nimmt Verf. an, dass die anatomischen Verhältnisse so liegen, wie eben auseinandergesetzt.

EMIL MAYER.

19) Luther C. Peter. **Der Wert der Augensymptome für die Diagnose obskurer Fälle von chronischer Nebenhöhlenerkrankung. (The value of eye symptoms in the diagnosis of obscure chronic sinus disease.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Dezember 1914.*

Die Schlüsse, zu denen Verf. auf Grund seiner Beobachtungen gelangt, sind, dass erstlich Fälle von chronischer Nebenhöhlenerkrankung nicht nur vom rhinologischen, sondern auch vom ophthalmologischen Standpunkt aus untersucht werden sollen; diese Untersuchung sollte schon frühzeitig vorgenommen werden, bevor noch deutliche Erscheinungen von seiten des Sehnerven vorhanden sind; wenn solche aufgetreten sind, soll man nicht zögern, sofort die mittlere Muschel zu opfern, um die Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen gründlich zu öffnen.

EMIL MAYER.

20) V. Lundberg. **Fälle von Augenkrankheiten mit rhinogenem Ursprung. (Fall af ögonsjukdomar av rhinogent ursprung.)** Verh. der schwedischen Gesellsch. der Augenärzte bei der 8. Sitzung in Stockholm am 5. und 6. Juni 1915. *Hygiea. Bd. 77. H. 20. 1915.*

I. Trochlearis-Lähmung. — Chronische Ethmoiditis.

Eine 38 jährige Frau hat seit mehreren Jahren zeitweilig an Kopfschmerzen in der linken Stirnregion gelitten. Diese Schmerzen seit dem 20. Februar 1914 sehr lästig, Empfindlichkeit im linken inneren Augenwinkel und Ausfluss von schleimigem Eiter von der linken Nasenhälfte, Doppeltsehen und Schwindel.

Status am 28. Februar 1914: Druckempfindlichkeit in der linken Ethmoidalisregion, linksseitige Trochlearisparese; die Augen sonst gesund. In der linken Nasenhälfte mukopurulentes Sekret nebst cystischer Erweiterung der vorderen Siebbeinzellen. Nach Ausräumung des linken Siebbeinlabyrinthes wurde die Pat. symptomfrei; Doppelbilder verschwanden; nach 3 Monaten fortdauernde Heilung.

II. Neuritis opt. retrobulbaris. — Ethmoiditis subacuta.

Nach dreiwöchigen schweren Kopfschmerzen und Eiterung aus der Nase Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges bei einer 19jährigen Frau.

Status: Empfindlichkeit über der rechten Ethmoidalgegend; in beiden Nasenhöhlen ödematöse Schleimhaut mit reichlichem eitrigen Sekret in den oberen Teilen. Linkes Auge S = 1, ohne Besonderheit. Rechtes Auge S = 0,2, centrales Skotom, die Papille hyperämisch. Nach Behandlung mit Aspirin und „Saugtherapie" wurde die Sehschärfe nach 8 Tagen normal; das Skotom war verschwunden.

III. Oedema orbitae. — Sinusitis frontalis et Ethmoiditis chr. cum exacerbatione. 23jähriger Mann. Nach schwerem Schnupfen im Februar 1915 bekam er Kopfschmerzen über dem linken Auge nebst Anschwellung des linken oberen Augenlides.

Status: Rechtes und linkes Auge S = 1. Starke Druckempfindlichkeit über dem linken Stirnbein und im linken inneren Augenwinkel; etwas Oedem im linken oberen Augenlid. Der linke Bulbus nach unten disloziert. Behandlung wie im Fall II, Heilung nach 14 Tagen. Schwere Kopfschmerzen indizierten später Ausräumung des linken Siebbeinlabyrinthes, welches Eiter und Granulationen enthielt.

IV. Rectus superior-Erlahmung. — Sinusitis ethmoidal. chr. tubae. 10jähriges Mädchen. Seit einigen Tagen Schmerzen über dem linken Auge.

Status: Grosse Empfindlichkeit im inneren linken Augenwinkel; leichtes Oedem im linken oberen Augenlid, linker Rectus sup. paretisch: S = 1, das Auge sonst ohne Besonderheit. Im linken hinteren Nasengang kleiner Polyp nebst reichlichem seropurulenten Sekret. Nach Behandlung des Siebbeinlabyrinthes das Auge schnell geheilt.

Nach dieser Kasuistik folgt ein kurzer allgemeiner Ueberblick an unsere jetzige Kenntnis von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase als Ursache verschiedener Augenkrankheiten. E. STANGENBERG.

21) A. Onodi. **Ueber die Lehre von den Augenleiden nasalen Ursprungs.** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 430. 1915.*

Der Mitteilung liegen zu Grunde Beobachtungen bzw. Augenuntersuchungen von 149 Fällen von Nebenhöhlenempyemen der Onodi'schen Klinik durch Irene Markbreiter und unter diesen Fällen waren 97mal Augenveränderungen vorhanden; 52mal war der Befund negativ; es wurden centrale Skotome, Vergrösserung des blinden Fleckes, Neuritis optica usw. konstatiert.

Aetiologisch kommen in Betracht die Infektion mit Fortleitung der Entzündung von den Nebenhöhlen zum Periost der Orbita und zur Scheide der Sehnerven auf dem Wege der Gefässe oder Lymphbahnen durch Streptokokken und Staphylokokken. Die pathologische und anatomische Ausbeute ist bisher gering. Klinisch können Augenleiden und Nasenerkrankungen ohne jeden kausalen Zusammenhang nebeneinander bestehen, selbst bei manifesten Nebenhöhleneiterungen. Es können aber auch gemeinsame Ursachen, wie Syphilis, gleichzeitig Nasen- und Augenleiden hervorrufen. Der ophthalmoskopische Befund kann sehr verschieden sein und entspricht nicht immer dem Grade der Sehstörung. Besonders erwähnenswert sind die postoperativen nasalen Erblindungen und Sehstörungen durch Läsionen der Knochen bzw. des in der hinteren Siebbeinzelle und in der Keilbeinhöhle frei verlaufenden Canalis opticus. Von grossem Vorteil für die Kranken ist hier das Zusammenwirken der Rhinologen und Ophthalmologen. B. BAGINSKY.

22) **H. H. Stark** (El Paso, Texas). **Plötzliches Erblinden infolge eitriger Nebenhöhlenentzündung. (Sudden blindness due to suppuration of the accessory nasal sinuses.)** *Journ. amer. med. assoc. 30. Oktober 1915.*

S., der den Vorzug hat, auch Ophthalmologe zu sein, beobachtete 3 Fälle dieser Art sehr gründlich. Als Ursache dieser und ähnlicher Augenstörungen stellt er den plötzlich eintretenden oder langsam wirkenden Druck hin. Das Verschwinden der eine Nebenhöhle von der Orbita trennenden Wand verursacht so-

fortigen Druck auf die letztere, wodurch dann alle sekundären Erscheinungen hervorgerufen werden.

FREUDENTHAL.

23) **Beyer** (Berlin). **Gummöse Periostitis am Orbitaldach.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 14. S. 659. 1914.*

Verlauf ganz im Bilde eines akuten Stirnhöhlenempyems. Bei Röntgenaufnahme Fehlen der Stirnhöhle. Spezifisches Ulcus am Rachendach.

R. HOFFMANN.

24) **Harries Peyton Mosher. Der Zugang zum Sinus cavernosus durch die Orbita. (The orbital approach to the cavernons sinus.)** *The Laryngoscope. August 1914.*

Ausführliche Beschreibung eines Operationsverfahrens, um nach Exenteration eines Auges durch die Orbita zum Sinus caverosus zu gelangen. Der wesentliche Teil der Operation besteht in der Erweiterung der Fissura sphenoidalis. Verf. hat die Operation einmal am Lebenden gemacht, — wobei sie kein günstiges Ergebnis hatte — und 10mal am Kadaver.

EMIL MAYER.

25) **J. Szmurlo. Die intranasale chirurgische Behandlung der Krankheiten der Tränenwege. (O leerescin ceirpien worka i kanalie trowege na drodte chirurgicznij.)** *Gazeta lekarska. No. 38. 1914.*

Verf. beschreibt zehn Fälle, operiert mittels der West'schen Methode, bei Kranken, welche an Tränenfluss, Eiterung, Fisteln des Ductus und Saccus lacrymalis litten, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Lappenbildung aus der Schleimhaut, wie es West tut, hält Verf. für überflüssig, da sie die Operation kompliziert und die Heilung keineswegs beschleunigt.

2. Die Cocain-Adrenalin-Anästhesie gibt keine volle Anästhesie, die letzten Momente des Verfahrens sind gewöhnlich sehr schmerzhaft.

3. Die Frauen bilden das grösste Kontingent der Leidenden in Verf.'s Fällen.

4. Die West'sche Methode gibt ausgezeichnete Erfolge in Fällen von Empyem, bei Fisteln des Tränensackes — weniger günstiger bei Tränenfluss, aber doch weit bessere als andere Behandlungsmethoden.

V. SOKOLOWSKI.

26) **Szmurlo. Demonstration einer Kranken mit beiderseitiger Eiternng im Tränensack, mit Erfolg behandelt mittelst der Westschen Methode. (I protokolow lekajs oto-laryngologicznij.)** *Gazeta lek. No. 44.*

In dieser Sitzung der Otolaryngologischen Sektion der Warschauer Med. Gesellschaft demonstrierte Chrasycki ebenfalls zwei diesbezügliche Fälle, ebenfalls operiert mit günstigem Erfolge, wobei dieses operative Verfahren von ihm genau besprochen wurde.

V. SOKOLOWSKI.

27) **J. A. Pratt. Intranasale Drainage des Tränensackes. (Intranasal drainage of the lacrymal sac.)** *Ophthalmic Record. April 1915.*

Bei chronischer eitriger Dacryocystitis wurde der Sack in der gewöhnlichen Art geöffnet und eine Oeffnung von dem Boden des Sackes direkt in die Nasenhöhle angelegt. Zuerst benutzte Pratt einen Troikart, jetzt bedient er sich einer Trephine.

EMIL MAYER.

28) **Halle** (Charlottenburg). **Entgegnung zu Winkler's Arbeit: „Ueber Therapie der Stirnhöhlenerkrankungen."** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 1.*

29) **Ernst Winkler** (Bremen). **Bemerkung zu Halle's Einwürfen.**

30) **Halle** (Charlottenburg). **Schlussbemerkungen auf Winkler's Entgegnung.** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3.*

Die Einwendungen Winkler's gegen das von Halle besonders bevorzugte Verfahren, die chronischen Stirnhöhleneiterungen auf endonasalem Wege operativ zu behandeln, werden von Halle zu widerlegen versucht durch eine Reihe von Argumenten, welche Winkler in seiner Bemerkung rektifiziert, worauf Halle in seiner Schlussbemerkung seinen früheren Standpunkt aufrecht zu erhalten sich bemüht.

B. BAGINSKY.

31) **W. E. Grove. Die intranasale Behandlung chronischer Stirnhöhleneiterung. (The intranasal treatment of chronic frontal sinus suppuration.)** *Wisconsin med. journ. XIII. No. 3. 1915.*

Die intranasale Operation kann die Radikaloperation nicht immer ersetzen; in allen Fällen, wo Komplikationen zu befürchten sind, ferner wenn die Höhlen doppelt gekammert sind und die Eiterung hauptsächlich in der nach aussen gelegenen Kammer ihren Sitz hat, ferner wenn die intranasale Behandlung ohne Erfolg versucht worden ist, ist die Radikaloperation indiziert.

EMIL MAYER.

32) **Ross Hall Skillern. Die äussere Stirnhöhlenoperation. (The external operation of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1915.*

Auch nach der Killian'schen Operation bleiben Entstellungen und Neurosen zurück. Die Radikaloperation sollte daher, besonders wenn es sich um junge Mädchen oder Personen handelt, deren Beschäftigung es mit sich bringt, dass sie viel mit dem Publikum zu tun haben (Schauspieler, Lehrer etc.), auf das Aeusserste eingeschränkt werden. Als absolute Indikationen gelten: Wenn die subjektiven Beschwerden derart heftig sind, dass sie die Patienten in ihrem Beruf beeinträchtigen; wenn sehr heftige Exazerbationen auftreten, ferner bei Bildung von Abszessen und Fisteln. Relative Indikationen sind: Wenn die Kopfschmerzen anhalten und dabei keine sichtliche Veränderung in der Menge oder Beschaffenheit des Sekrets vorhanden ist; wenn trotz häufiger Ausspülungen das Sekret fötid bleibt, selbst wenn es dabei in geringem Maasse an Menge abnimmt; ferner wenn die Röntgenaufnahme zeigt, dass es sich um eine grosse Höhle mit vielen Ausbuchtungen handelt und die Erkrankung durch konservative Behandlung nicht gebessert wird.

EMIL MAYER.

33) **G. W. Stimson** (Pittsburgh, Pa.). **Empyem des Sinus frontalis und der Ethmoidalzellen. (Empyema of frontal and ethmoidal sinuses.)** *Journ. amer. med. assoc. 31. Juli 1915.*

Etwa 6 Wochen nach der Eröffnung des rechten Sin. fron. zeigte sich auf der anderen Seite ein identisches, aber völlig unabhängiges Empyem, das gleichfalls operiert wurde.

FREUDENTHAL.

34) **Georg Marx. Fetttransplantationen nach Stirnhöhlenoperation.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 7.*

Bericht über einen Fall, in dem nach Kuhnt'scher Eröffnung der Stirnhöhle nicht genäht, sondern die Wundhöhle tampontert wurde und nach 3 Wochen, als die Wundhöhle sich mit Granulationen bedeckt hatte, zur Einpflanzung eines grossen aus dem Oberschenkel entnommenen Fettpfropfes geschritten wurde. Kosmetisches Resultat vorzüglich. Verf. glaubt, dass die Fetttransplantation sich auch zur späteren Korrektion einer Entstellung gut eignet und dass man von vornherein von ihr Gebrauch machen soll in den Fällen, wo infolge buchtiger Beschaffenheit und abnormer Grösse der Stirnhöhle von der Killian'schen Methode kein befriedigendes kosmetisches Resultat zu erwarten ist. FINDER.

35) **Jerome B. Thomas** (Palo Alto, Calif.). **Tuberkulose des Sinus frontalis. (Tuberculosis of the frontal sinus.)** *Journ. amer. med. assoc. 24. Juli 1915.*

Bericht von zwei hierhergehörigen Fällen, von denen der erste nach der Operation am Leben blieb, während der zweite, der scheinbar erst kurz vor dem Exitus gesehen wurde, bald ohne Operation zu Grunde ging. Im Anschluss an diesen Vortrag berichtet J. A. Platt über einen Fall, der nach gehörig etablierter Drainage noch 2 Jahre lebte. FREUDENTHAL.

c) Mundrachenhöhle.

36) **A. Réthi** (Budapest). **Fall von grossem retropharyngealen Lipom.** Verh. des kgl. Vereins der Aerzte zu Budapest. No. 9. 1915.

Die hintere Rachenwand, besonders ihre linke Hälfte war in apfelgrossem Umfange hervorgewölbt. Die Geschwulst war leicht beweglich und eben deshalb wurde die Diagnose auf Lipom gestellt. Laterale Pharyngotomie in Lokalanästhesie mit dem Unterschiede, dass die Schleimhaut des Rachens nicht durchgeschnitten wurde. Nach Exstirpation der Glandula submaxillaris ist die vor dem Rückgrat liegende und in eine Cyste gehüllte Geschwulst erreicht worden. Sie wurde mit dem Muzeux gefasst, luxiert und entfernt. Naht, Drainage. Das Schlucken schmerzte einige Tage, die Heilung erfolgte aber per primam. Die Geschwulst wog 120 g. POLYAK.

37) **L. Jeannert. Die bösartigen Geschwülste des Rachens beim Kinde. (Les tumeurs malignes du pharynx chez l'enfant.)** *Dissert. Basel 1914.*

Fall 1. Karzinom des Retronasalraumes bei 6 Jahre altem Kind. Das erste objektive Zeichen, auf das der Arzt aufmerksam wurde, war die Drüsenschwellung im Kieferwinkel. Mikroskopische Untersuchung der Drüse und des primären Tumors: Carcinoma simplex solidum. Keine Sektion.

Fall 2. Bei 6 Wochen altem Mädchen Atem- und Schluckbeschwerden. Hinter der linken Mandel an der lateralen und hinteren Rachenwand mit gesunder Schleimhaut überzogener harter unbeweglicher Tumor. Retromaxilläre Drüsenschwellung. An mehreren Stellen der unteren Extremitäten harte erbsen- bis bohnengrosse Tumoren in der Muskulatur fühlbar; dieselben kleinen Geschwülste in der Bauchwand, sowie in der Skapula- und in der Lumbalgegend. Tod 4 Tage

nach Spitalaufnahme. Autopsie: In die seitliche Rachenwand eingekapselte gut umgrenzte Geschwulst, die nach innen von der normalen Pharynxschleimhaut überzogen ist und deren Durchmesser 5:4:3 cm betragen. Mikroskopische Untersuchungen: Rundzellensarkom. Metastasen in Leber, Darm, rechte Lunge, in Hals- und Retroperitonealdrüsen, sowie an mehreren Stellen der Muskulatur der unteren Extremitäten der Skapula- und Lumbalgegend. OPPIKOFER.

38) **O. Körner. Der Torus palatinus.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 24.*

Aus den Ergebnissen der Untersuchungen an einer grossen Zahl von Personen sei folgendes hervorgehoben: Beim Neugeborenen ist der Torus viel seltener als in allen späteren Altersstufen; beim Weib setzt eine besonders starke Tendenz zur Bildung des Torus etwa mit dem 20. Lebensjahr ein und zwar findet er sich bei den verheirateten Weibern beinahe doppelt so oft wie bei den gleichaltrigen ledigen. Verf. glaubt auch die von Carabelli nachgewiesene Vererbbarkeit des Torus auf Grund seiner Untersuchungen bestätigen zu können. FINDER.

39) **G. Trautmann** (München). **Ueber die Kapsel und die benachbarten Fascien der Tonsille.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Bd. 7. S. 691. 1915.*

Erwiderung auf die Arbeit von Güttich (Zeitschr. f. Laryng. Bd. 7. S. 497). Trautmann setzt die anatomischen Verhältnisse genau auseinander, die Güttich nicht richtig beurteilt hat. OPPIKOFER.

40) **H. A. Bray. Eine durch Milch verbreitete Epidemie von Anginen bei tuberkulösen Patienten. (A milk borne epidemic of tonsillitis in tuberculous patients.)** *The journ. of the amer. med. assoc. 3. April 1915.*

Die durch Milch übertragenen Epidemien von Anginen, wie sie von englischen Autoren beschrieben wurden und in Amerika beobachtet wurden, haben einen sehr ernsten Charakter, haben schwere Komplikationen im Gefolge und weisen eine relativ hohe Mortalität auf. Im Gegensatz dazu steht die vom Verf. beobachtete Epidemie, die eine relativ gutartige Infektion darstellte, von wenig Komplikationen begleitet war und niemals tödlich verlief. Trotzdem zeigte sich, dass die akute Halsentzündung auf die Lungenerkrankung — es handelte sich um Insassen eines Lungensanatoriums — einen ungünstigen Einfluss hat.

EMIL MAYER.

41) **Knack. Tonsillarabszess bei Diphtherie.** *Zeitschr. f. Hyg. etc. Bd. 80. H. 2.*

Zu den seltenen Komplikationen der Diphtherie gehört der Tonsillarabszess. Unter 500 Fällen, die etwa Jahresfrist umfassen und deren Gesamtmortalität 11,6 pCt. trotz sehr grossen Dosen Serum war, befanden sich 8 Abszesse (1,6 pCt.). In den bisherigen Monographien ist diese Komplikation nicht erwähnt; auch in der Literatur fehlen Angaben, nur Reiche erwähnt einen Fall unter rund 8000 Diphtheriefällen; Jochmann weist auf sie als selten hin. In seiner Analyse der Fälle, den Reiche'schen eingeschlossen, zeigt Verf., dass der Tonsillarabszess nur einmal im höheren Alter, zweimal bei Jugendlichen, sechsmal bei Erwachsenen vorkam. Zweimal kam er gleichzeitig mit der Diphtherie, je einmal 3, 5, 6 Tage, zweimal 10 Tage, einmal 12 Tage später vor. In 4 Fällen waren schon vorher

Mandelerkrankungen dagewesen. In 6 Fällen bestand eine Mischinfektion mit Streptokokken. Diphtheriebazillen konnten weder im Eiterausstrich noch in der Kultur nachgewiesen werden. Der Verlauf war günstig. Therapeutisch bewährte sich, wie überhaupt bei Diphtherie, ein Gurgelwasser von Kalk- und Chlorwasser (Aq. chlor. 200,0, Aq. calc. 800,0) frisch bereitet und unverdünnt. FINDER.

42) **S. M. Burack** (Charkow). **Zur Frage von der Enukleation der Tonsillen.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Bd. 7. S. 673. 1915.*

Vortrag, gehalten auf dem dritten allrussischen Kongress für Oto-Laryngologie in Kiew am 23. 4. 1914. Verf. bespricht vorerst die herrschenden Auffassungen über die Funktion der Mandeln und kommt dann auf die Indikation und auf die Gefahren der Tonsillektomie zu sprechen, ohne Neues zu bringen. Zur Ausschälung der Tonsille benutzt er spezielle Raspatorien. Nachbehandlung: Pinselung mit Jodtinktur. OPPIKOFER.

43) **Donald C. Balfour. Tonsillektomie bei Kindern vom Standpunkte des allgemeinen Chirurgen. (Tonsillectomy in children from the standpoint of the general surgeon.)** *Annals of surgery. Bd. 61. No. 3. S. 257.*

Verf. beschreibt die Technik der Tonsillektomie, wie sie an der Klinik von Mayo gehandhabt wird. Eine gute Narkose betrachtet er als die wesentlichste Vorbedingung. Pat. liegt mit dem Kopf über dem Tischrand. EMIL MAYER.

44) **W. G. Harrison. Tonsillektomie während akuter Endokarditis. (Tonsillectomy during acute endocarditis.)** *Southern med. journ. Januar 1915.*

H. glaubt, dass es oft weiser ist, Tonsillektomie während eines akuten Anfalls von Endocarditis vorzunehmen und die Quelle der Infektion zu beseitigen, als die Operation aufzuschieben in der Hoffnung, sie später nach Abklingen des akuten Anfalls zu machen. Bisweilen kann man die Tonsillenkrypten durch lokale Applikationen und Ausspritzen mit antiseptischen Lösungen reinigen, bisweilen jedoch ist es trotz aller Mühe nicht möglich, jeden Herd zu finden. H. meint ferner, man solle in allen Fällen von Beteiligung der Gelenke und des Herzens Kulturen von den Tonsillen anlegen und gut aufbewahren, um eventuell Vakzine davon bereiten und den Pat. damit behandeln zu können, wenn Fieber und andere Anzeichen der Infektion nicht einige Zeit nach der Operation verschwinden. EMIL MAYER.

45) **Thomas R. French. Tonsillotomie versus Tonsillektomie. (Tonsillotomy versus tonsillectomy.)** *New York med. journ. 5. Dezember 1914.*

Es sollte, wenn möglich, bestimmt werden, ob wirklich die Tonsillen in dem betreffenden Fall eine Infektionsquelle darstellen; dazu genügt oft schon die Diagnose und die Beschaffenheit der Drüsen aussen am Halse. Es ist wünschenswert, wenn irgend möglich, die Kapsel in der Fossa tonsillaris zu belassen. Ungefähr 80 pCt. aller vergrösserten Tonsillen enthalten keine Infektionsherde und brauchen daher nicht radikal entfernt zu werden. Wenn ein Zweifel besteht über die Beschaffenheit der Tonsille im Innern, so rät Verf., ein beträchtliches Stück der Tonsille zu entfernen und bei Lupenvergrösserung zu betrachten; man

kann so Eiterherde entdecken und kann, je nachdem es nötig erscheint, die Radikaloperation oder, wenn die Tonsille in ihrem Innern frei von Krankheitsherden befunden wird, die einfache Tonsillektomie anschliessen. Zeigt die Probeexstirpation, dass die eine Tonsille erkrankt ist, so sollen beide radikal entfernt werden.

EMIL MAYER.

46) **Homer Dupuy. Ein Todesfall während der Tonsillektomie infolge Reflexhemmung. (A death during tonsillectomy from reflex inhibition.)** *New Orleans med. and surg. journ. Bd. 67. No. 2. S. 113.*

Bericht über einen Todesfall während Tonsillektomie in Aethernarkose.

EMIL MAYER.

47) **Meyerson. Ueber arterielle Blutung nach einer Tonsillotomie. (Okowotoku testniezym po wyuscin migdadka.)** *Gazeta lekarska. No. 50. 1914.*

Bei einem 16jährigen Knaben entstand nach einer Tonsillotomie sehr starke arterielle Blutung, welche nach digitaler Kompression und nachfolgender Cauterisation mit Chromsäure aufhörte. Bei der Gelegenheit bespricht Verf. die diesbezügliche Kasuistik und die entsprechende Therapie.

v. SOKOLOWSKI.

48) **W. P. Megrail** (Wheeling, W.-Va.). **Tonsillenzange. (Tonsil forceps.)** *Journ. amer. med. assoc. 16. Oktober 1915.*

Der Vorzug dieser Zange besteht darin, dass sie ihrer ganzen Länge nach so gebogen ist, dass der grössere Teil derselben, sowie die Hand des Operateurs ausserhalb des Gesichtsfeldes liegen.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

49) **F. S. Freund** (Berlin-Schöneberg). **Erfahrungen mit Yatren puriss. Zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1914.*

Verf. hat das Yatren in 80 Fällen angewandt und zwar anfangs nur, wenn die Eltern nicht zur Krankenhaus- und Serumbehandlung zu bewegen waren. Es wurde 2—3 mal täglich aufgestäubt. Da die Kinder das süsslich schmeckende Mittel oft herunterschluckten, so hat Verf. es denn auch innerlich in Dosen von 0,2—0,4 zwei- bis dreimal pro die gegeben. Eine intensive Tiefenwirkung des Yatrens glaubte Verf. daran erkennen zu können, dass die Beläge sich schneller als gewöhnlich abstiessen. Auch wenn er das Mittel nur aufpuderte, war eine ausgiebige Darmreinigung zu beobachten. Verf. plädiert für die gleichzeitige lokale und interne Anwendung von Yatren in allen Fällen von Diphtherie neben sofortiger Seruminjektion, ferner wenn aus irgend welchen Gründen das Serum verweigert wird, prophylaktisch bei der Umgebung Diphtheriekranker, bei Streptokokkenanginen. Bei allzu starker Darmentleerung muss die interne Medikation zeitweise ausgesetzt werden.

R. HOFFMANN.

50) **W. Kausch. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit intravenöser Seruminjektion und Yatren.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1914.*

K. kann nur die Erfahrungen Freund's bestätigen. Er hat den bestimmten

Eindruck, dass bei Kombination von Serum mit Yatren die Diphtherie schneller und sicherer verläuft, als bei Serumbehandlung allein. Besonders wertvoll scheint das Yatren für die Behandlung der Bazillenträger; Verf. hatte den bestimmten Eindruck, dass die Bazillenfreiheit schneller als sonst eintritt, besonders bei hartnäckigen Bazillenträgern. Verf. hat niemals irgendwelche Schädigungen vom Yatren gesehen. Die Anwendung des Serums hält er für am wirksamsten bei intravenöser Injektion.

R. HOFFMANN.

51) **O. Seidel. Zur Behandlung der Diphtherie.** Aus der med. Univ.-Klinik zu Jena (Direktor: Prof. Stintzing). *Münchener med. Wochenschr. No. 36. S. 1209. 1915.*

An einer Statistik von 32 Diphtheriefällen zeigt Verf. die Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Anwendung des Behring'schen Serums. Alle bis zum dritten Tage nach Auftreten der ersten Erscheinungen Injizierten genasen, während alle (6 Fälle) nach dem dritten Tage Gespritzten mit einer einzigen Ausnahme starben. Es wurden Dosen bis zu 8000 I.-E. augewendet. Während bei allen diesen Fällen die Einverleibung intramuskulär erfolgte, wurden weitere 25 kombiniert gespritzt, d. h. die eine Hälfte der zur Anwendung kommenden I.-E. intravenös, die andere Hälfte intramuskulär. Diese Anwendungsmethode ist der vorigen schon aus theoretischer Erwägung vorzuziehen, da das in den Kreislauf gegebene Antitoxin sofort neutralisierend auf das Gift einwirken kann, während das im Muskel niedergelegte allmählich in die Blutbahn übergeht und so auch noch für die Folgezeit wirksam ist. Es zeigt sich, dass bei dieser Methode die Temperaturen viel rascher abfallen als bei intramuskulärer Anwendung. Die subkutane Anwendung ist schon deshalb zu verwerfen, da nach experimentellen Versuchen hierbei das Maximum der Resorption erst am dritten Tage nach der Einspritzung erfolgt.

In allen Fällen, in denen sich durch die Neisser'sche Färbung im Abstrich Diphtheriebazillen nachweisen lassen, ist natürlich sofort Serum zu geben. Da aber nur in 20—30 pCt. aller Fälle das Neisser'sche Präparat positiv ausfällt, ist auch bei negativem Ausfall bei allen schweren diphtherieverdächtigen Erkrankungen die Serumtherapie anzuwenden, ohne erst das kulturelle Ergebnis abzuwarten. Die Furcht vor anaphylaktischen Erscheinungen darf nicht massgebend sein (auf etwa 200000 mit Serum gespritzte Fälle wurde nur 1 Todesfall infolge der Anaphylaxie berechnet), eventuell ist Rinderserum anzuwenden. Ganz langsames Tempo bei der Reinjektion verhindert fast immer das Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen.

Fünfzig vom Verf. ausgeführte Tracheotomien betrafen Patienten, die sehr spät oder garnicht gespritzt waren. Für die Tracheotomie empfiehlt Verf. die inferior zu wählen und nicht bis zum Auftreten höchster Dyspnoe zu warten. Die Diphtherierekonvaleszenten sollen erst dann aus der Isolierung entlassen werden, wenn die 44 Stundenkultur bei drei aufeinanderfolgenden Untersuchungen negativ ausgefallen ist.

KOTZ.

52) **J. v. Bókay** (Budapest). **Kann die Pseudomembran durch den O'Dwyer-schen Tubus ausgehustet werden?** *Orvosi hetilap. No. 45. 1915.*

Das Hinunterschieben von Pseudomembranen während der Intubation bei

Diphtherie kommt selten vor und wird nur in den allerseltensten Fällen gefährlich, da die Entfernung des Tubus fast regelmässig von der Expektoration der Membran gefolgt wird. Der Tubus selbst wird durch Pseudomembranen nur selten verstopft und es kommt auch vor, dass der obturierte Tubus samt der Membran ausgehustet wird. Verf. publiziert jetzt 5 Fälle, in welchen wiederholt sehr beträchtliche Membranen durch den Tubus ausgehustet wurden. POLYAK.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

53) **Sakutaro Kano. Beiträge zur Lehre vom feineren Bau des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 121.*

Die Untersuchungen beziehen sich auf Epithel und Basalmembran, das Vorderende des Lig. vocale und zwar die mediane Ansatzstelle an der Cartilago thyreoidea und die Noduli elastici an der Macula flava im vorderen Ende der Stimmbänder, ferner auf die Ursprungs- und Ansatzverhältnisse des M. vocalis. Die Details müssen im Original nachgesehen werden. FINDER.

54) **Citelli. Ueber die chirurgische Behandlung der Kehlkopfstenosen infolge Medianstellung der beiden Stimmbänder. (Du traitement chirurgical des sténoses laryngées dues à la position médiane des deux cordes vocales.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 6. 1914.*

Verf. wendet sich gegen Sargnon und Toubert und verteidigt die von ihm empfohlene Chordektomie bei doppelseitiger Medianstellung. Verf. zitiert zur Stütze seiner Anschauung acht bisher von ihm und anderen (Nicolai, Gleitsmann und Iwanoff) operierte Fälle, in denen teils die einseitige, teils die doppelte Chordektomie gemacht wurde und zwar mit ausgezeichnetem Erfolg. Verf. wirft Sargnon und Toubert vor, dass sie in ihrer Arbeit sich Ungenauigkeiten beim Zitieren der Iwanoff'schen Publikation haben zu schulden kommen lassen und dass sie gerade zu entgegengesetzten Schlussfolgerungen gekommen seien, als sie hätten kommen müssen. Er bezeichnet die Methode S. und T.'s als kompliziert und langwierig; die von ihnen der ursprünglichen Methode Iwanoff's, der doppelseitigen submukösen Arythenoidektomie, hinzugefügte Modifikation — nachträgliche Curettage des Sinus Morgagni — beruhe auf der irrtümlichen Voraussetzung, dass die anatomischen Verhältnisse beim Menschen die gleichen seien, wie beim Pferde. Das gute Resultat in dem von S. und T. in ihrer Arbeit mitgeteilten Fall könne man noch nicht als ein definitives betrachten; ja es scheine, als ob bereits eine Tendenz zum Rezidiv zu verzeichnen sei.

Zum Schluss wendet sich C. gegen die von S. und T. für diese Fälle gebrauchte und ganz unzutreffende Bezeichnung: „Funktionelle Stenosen des Kehlkopfes.“ FINDER.

55) **Mallet** (Genève). **Ein Fall von verlängerter Intubation, geheilt durch Einführung einer mit Alaungelatine bestrichenen Röhre. (Un cas d'intubation prolongée, guéri par l'introduction d'un tube induit d'alun.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 8. 1915.*

Es gibt nach Verf. Fälle, bei welchen wochenlang nicht die Intubation unterbrochen werden darf wegen subglottischer Geschwürsbildung: sogenannte

„tubards“ analog denen, welche aus gleichen Gründen nicht dekanuliert werden können, den „canulards“.

Diese Geschwüre treten seltener bei Stäbchendiphtherie als bei Kokkendiphtherie auf.

Ein derartiger Fall bei einem vierjährigen Kinde wurde nach Bókay's Vorgang geheilt durch Bestreichung eines Tubus mit mehreren Schichten feinpräparierter Alaungelatine. Nur musste derselbe in diesem Fall mit Stärke noch mehr imprägniert und getrocknet werden, da die nicht getrocknete Gelatine schmolz und sich vor und in den Tubus legte. Das Kind konnte nach 8 Tagen geheilt entlassen werden.

JONQUIÈRE.

56) **Witold Benni. Ueber die Behandlung der Larynxtuberkulose durch Elektrokaustik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 172.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Therapie der Larynxtuberkulose eventuell in Verbindung mit der Doppelkurette gibt bei energischer sachgemässer Behandlung und bei noch mässig gutem Lungenzustand einen die Vornahme der Operation rechtfertigenden Prozentsatz von Dauerheilungen. Bei dem in der Baseler Klinik, aus der die Arbeit stammt, üblichen Verfahren wird in einer Sitzung alles krank erscheinende Gewebe — Ulzera und Infiltrate — bis zu dessen äusserster Grenze weggebrannt. Bei Larynxtuberkulose mit Lungenveränderungen dritten Grades ist die Wahrscheinlichkeit einer Heilung sehr klein (etwa 1 : 10). Subchordal ist die Kaustik bei Nichttracheotomierten kontraindiziert.

FINDER.

57) **W. Albrecht. Zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 150.*

Verf. bespricht kritisch die verschiedenen bei der Behandlung der Larynxtuberkulose zur Anwendung kommenden chirurgischen Verfahren. Der Kurette gesteht er einen beschränkten Nutzen zu, bestehend in einer Hemmung für die Ausbreitung des Prozesses; eine histologisch erkennbare Ausheilung vermag sie nur ganz vereinzelt zu erzielen, wenn es gelingt, alles Kranke zu entfernen. Die Technik ist schwierig und der Eingriff kann in verschiedener Hinsicht gefährlich werden. Was die Galvanokaustik betrifft, so ist Verf. vor allem Anhänger des Tiefenstiches, besonders bei zirkumskripten geschlossenen Infiltraten. Verf. hat die Wirkung der Galvanokaustik am tuberkulösen Tierkehlkopf experimentell studiert; er hat gefunden, dass diese Wirkung zunächst in einer ausgedehnten Reaktion des Gewebes besteht, die sich mikroskopisch manifestiert in massenhafter Ansammlung von Leuko- und Lymphozyten, sowie in ödematöser Durchtränkung des Gewebes: Die zweite Wirkung besteht in einer Nekrose der den Stichkanal begrenzenden Zone und in einer Schädigung der Zellen weit in der Umgebung, die sich in dem Verlust der Kernfärbbarkeit kundgibt. Das Ergebnis der direkten Brennwirkung ist eine mächtige Entwicklung von hyalinem Bindegewebe, das teils die einzelnen Tuberkel umklammert und einkapselt, teils diffus das kranke Gewebe durchwächst.

FINDER.

58) **Grabower. Gegen die Schluckschmerzen der Phthisiker.** *Zeitschr. für Ohrenheilk. Bd. 60. S. 55.*

Empfehlung der Staubinde. Verf. teilt acht Fälle von perichondritischen

Schwellungen bei Kehlkopftuberkulose mit, welche von äusserst heftiger Dysphagie begleitet waren und bei denen während einer Beobachtungsdauer bis zu 20 Wochen unter Anwendung der Staubinde die Schluckschmerzen bis zu Ende fortblieben. Durchgehend zeigten sich die ödematös geschwollenen Teile nach Verlauf einiger Wochen in ihrem Umfang reduziert und geschrumpft.

FINDER.

59) **A. G. Tapia. Die Anwendung der Lokalanästhesie bei der Laryngektomie nach Gluck. (L'application de l'anesthésie locale à la laryngectomie pratiquée suivant le procédé de Gluck.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 2. 1914.*

Verf. hat seit 1906 in 27 Fällen die totale Larynxexstirpation gemacht und hat 2 Todesfälle im Anschluss an die Operation gehabt; in einem Fall — dem ersten von ihm operierten — trat am 8. Tag Exitus infolge Schluckpneumonie ein, im zweiten Tage erfolgte der Tod am 5. Tag infolge Herzinsuffizienz. Verf. hat als das beste Verfahren das Gluck'sche erkannt und es in allen Fällen angewandt. Er hat in 10 Fällen mit grossem Vorteil die Lokalanästhesie gebraucht. Er geht dabei so vor: Es werden zuerst in einer oberen, transversalen Linie, die in Höhe des Zungenbeins die beiden M. sterno-hyoidei verbindet, zwei Injektionen von je 5 ccm Novocain-Adrenalinlösung zu Schleich'scher Infiltration gemacht, dann werden in einer unteren, transversalen Linie, die etwas unter dem Ringknorpel die beiden Muskeln verbindet, 6 ccm injiziert und schliesslich werden in einer vertikalen, medianen Linie, welche die beiden Transversalen verbindet und der projektierten Längsinzision entspricht, 3—4 ccm injiziert. Die Anästhesie der beiden N. laryngei superiores wird gemacht, wenn die Art. laryng. sup. zum Zweck ihrer Unterbindung freigelegt sind; es wird dann in die sie begleitenden Nerven eine starke Cocainlösung eingespritzt. Dies sei der einfachen Durchschneidung der Nerven vorzuziehen, da bei letzterer — wie Verf. sich in einem Fall überzeugen konnte — infolge Shockwirkung heftiger Spasmus laryngis mit Asphyxie auftreten kann. Die Recurrentes werden dadurch anästhesiert, dass ein mit 10 proz. Cocainlösung getränkter Wattebausch längs der hinteren Fläche des Ring- und Schildknorpels zwischen diesem und dem Oesophagus gelegt wird.

FINDER.

60) **Ricardo Botey. Drei Fälle von Totalexstirpation des Kehlkopfes nach der Gluckschen Methode und mit Lokalanästhesie. (Trois cas d'exstirpation totale du larynx avec la méthode de Gluck et l'anesthésie locale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 4. 1914.*

Verf. berichtet über drei Fälle, die er mit Lokalanästhesie operierte. In dem einen Fall war bereits beginnende Kachexie vorhanden, grosse Drüsenpakete auf beiden Seiten und ein grosses Stück der Jugularis mussten fortgenommen werden; trotzdem konnte Pat. bereits am nächsten Tage das Bett verlassen und am 6. Tage ausgehen. Ebenso war in dem ersten Falle, in dem der Larynx, ein Teil der Trachea, ein Teil des Pharynx und der Zunge, sowie einige Drüsen entfernt wurden, der Allgemeinzustand in den Tagen nach der Operation ein ausgezeichneter. Verf. führt dies auf die Verminderung des Operationsshocks zurück, die durch Vermeidung der Allgemeinnarkose erzielt wurde. Die Anästhesie war

in allen Fällen eine absolute. Verf. bedient sich der von Tapia empfohlenen Technik, d. h. er appliziert eine starke Cocainlösung auf die freigelegten Nerven; ausserdem cocainisiert er die Schleimhaut des Larynx, Pharynx und Hypopharynx. Eine Anästhesierung der Recurrentes hält er für unnötig, da diese Nerven zum grossen Teil motorisch sind. Zum Schluss setzt Verf. die Vorzüge auseinander, die das Gluck'sche Verfahren vor denen von Perier und von Le Bec hat. Für die Sprache der Laryngektomierten hat B. einen kleinen Apparat angegeben, der aus einer speziellen Kanüle und einem künstlichen Larynx besteht, den der Operierte beim Sprechen in der Hand verbirgt; dieser ist durch ein Kautschukrohr mit der Kanüle verbunden.

FINDER.

61) **Jules Broeckaert. Vereinfachte Hemi-Laryngektomie. (Hémi-Laryngectomie simplifiée.)** *Le Larynx. Mai 1914.*

Verf. hat das übliche Verfahren dahin modifiziert, dass er in dazu geeigneten Fällen den oberen und den hinteren Rand des Schildknorpels erhält. Er geht folgendermassen vor: Nach Oeffnung der Trachea und nach Einlegung einer Tracheotomiekanüle wird der Kehlkopf durch einen L-förmigen Schnitt freigelegt, dessen horizontaler Schenkel dem Zungenbein auf der Seite, wo die Kehlkopfhälfte entfernt werden soll, entspricht und dessen vertikaler Schenkel genau in der Medianlinie bis über den unteren Rand des Ringknorpels nach unten läuft. Nachdem dieser Lappen gebildet ist, wird der Kehlkopf in der Mittellinie von oben nach unten gespalten. Man macht den unteren Schildknorpelrand frei, indem man die Membrana crico-thyreoidea und die hier inserierenden Muskeln durchschneidet. Jetzt wird mit einer Knochenscheere der Schildknorpel ausgeschnitten, indem man seinen oberen und hinteren Rand erhält. Man erhält so eine grosse Bresche, durch die man das Larynxinnere genau inspizieren und sich vergewissern kann, ob man weit genug im Gesunden ist. Durch dieses Verfahren wird das Einsinken der Umgebung verhindert, es macht das Tragen einer Tracheotomiekanüle unnötig, gestattet, frühzeitig die Oesophagussonde fortzulassen, macht eine Oesophagusnaht unnötig, setzt die postoperativen Beschwerden auf ein Minimum herab und vereinfacht die Technik.

FINDER.

62) **Jackson. Ein laryngoskopisches Rohr zur Sichtbarmachung der vorderen Kommissur der Stimmbänder.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Dieses Rohr soll in jedem Falle die vordere Stimmbandkommissur sichtbar machen. Die Abbildung zeigt ein Rohr, das dem Brünings'schen sehr ähnelt und weder die Beschreibung noch das Bild lassen auf besondere Vorzüge schliessen. Es wird zur Beleuchtung eine gestielte Lampe gebraucht. Wer die Kirstein'sche Lampe beherrscht, wird sich nicht gern mit den leicht beschmutzbaren und schlecht in die Tiefe leuchtenden gestielten Lampen befassen.

OTTO FREER.

63) **Frühwald. Fremdkörper im Larynx.** Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 22. Oktober 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 1199. 1915.*

Bei dem 5jährigen Mädchen wurde ein kleines Kreuzchen entfernt.

R. HOFFMANN.

64) **Heuser** (Buenos Aires). **Entfernung einer Nadel aus der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 1376. 1914.*

Neunjähriges Mädchen verschluckt eine Nadel am 25. Januar. Schmerzen im Hals, Fieber, blutiger Auswurf, trockner Husten. Röntgenbild und Bronchskopie: Nadel in der Trachea, Nadelkopf in der Höhe der Bifurkation. Extraktion nach Tracheotomia inferior Anfang Mai mit Politzer'scher Pinzette. Heilung.

R HOFFMANN.

65) **P. Schoumaker. Die Anwendung des Bronchoskeps bei direkter Untersuchung von Larynx, Trachea, Bronchien und Oesophagus. (The use of the bronchoscope in direct examination of the larynx, trachea, bronchi and esophagus.)** *The Laryngoscope. Juli 1914.*

Verf. schildert die Fälle, in denen er die direkten Untersuchungsmethoden angewandt hat. Für die Narkose hat sich ihm in vielen Fällen die rektale Anästhesie als eine ideale Methode erwiesen.

EMIL MAYER.

66) **Marx. Beitrag zur Bronchoskopie.** Aus der Univ.-Klinik f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke in Heidelberg (Direktor: Prof. Kümmel). *Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten der Luftwege. Bd. 70. S. 91.*

Durch Bronchoskopie in Schräglage konnte bei einem Patienten, der angeblich einen Hühnerknochen aspiriert hatte, ein grosser zirkumskripter Gangränherd im rechten Oberlappen festgestellt werden, bei dem Perkussion und Auskultation versagten. Um den vermuteten Fremdkörper zu extrahieren, konstruierte Verf. eine leicht gebogene Zange, die durch das Bronchoskop in den Oberlappenbronchus einzuführen ist. Weder durch sie noch durch die vom Chirurgen vorgenommene Pneumotomie, durch die Entleerung des Eiterherdes und Heilung herbeigeführt wurde, konnte ein Fremdkörper gefunden werden.

KOTZ.

67) **Friedel Pick. Fremdkörper im linken Stammbronchus. Entfernung durch Bronchoskopie.** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1915.*

48jähriger Mann gibt an, vor vier Wochen angeblich einen Kragenknopf verschluckt zu haben; seitdem Husten und zeitweise Atemnot. Links hinten diffuse Bronchitis, auf der ganzen linken Seite das Atmungsgeräusch abgeschwächt gegenüber rechts, Auswurf nur zeitweise, dann aber unter intensiven Hustenanfällen reichlich, leicht übelriechend.

Das Röntgenbild zeigte den Kragenknopf in der Höhe der 4. Rippe links, etwa 4 cm vom Sternum mit der Platte gegen die Mittellinie gelagert, während der Kopf nach aussen unten lag. Demnach befand sich der Knopf im linken Hauptbronchus (ungefähr 5 cm von der Mittellinie) und zwar so, dass er mit dem Kopfe voran hineingerutscht war und die Fussplatte das Lumen des Bronchus verlegte.

Nach fruchtlosen Versuchen, den relativ grossen Knopf (Durchmesser der Platte 13 mm) vom Munde aus zu entfernen, gelang es P. im Anschluss an die vorgenommene Tracheotomia superior den Fremdkörper auf dem Wege der unteren Bronchoskopie unter Lokalanästhesie mit der Brünings'schen Krallenzange zu fassen und trotz des grossen Widerstandes zu lockern und zu extrahieren. Glatter Verlauf.

Nach der von Mann im Lehrbuch der Bronchoskopie (1914) gegebenen Zusammenstellung sind 7 solche Fälle aus der Literatur gesammelt. Nach P. sind noch seither je ein Fall von A. Réthi und einer von Hinsberg dazugekommen. Von diesen neun Fällen wurden nur vier wirklich geheilt (zwei von Killian, je einer von Mann und Réthi).

Die obere Bronchoskopie gelang 4mal (Killian, v. Eicken, Mann, Réthi), in den übrigen Fällen musste die untere gemacht werden.

Die klinischen Lungenerscheinungen waren in den meisten Fällen ziemlich ausgesprochene, indem meist kurz nachher Pneumonien auftraten. In diesem Falle waren die Veränderungen (abgeschwächtes Atmen und Bronchitis links) und auch die Beschwerden relativ gering.

Zum Schluss bezeichnet P. die Forderung berechtigt, in allen Fällen, wo eine Fremdkörperaspiration irgendwie vermutet werden kann — und an diese soll man auch in länger dauernden entzündlichen Lungenkrankheiten unklarer Aetiologie trotz negativer Anamnese denken — eine diagnostische bronchoskopische Untersuchung durchzuführen.

STEINER (PRAG).

68) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den Durchbruch der tuberkulösen tracheobronchialen Lymphdrüsen in die Luftwege im Kindesalter.** *Orvosi hetilap. No. 27—30. 1915.*

Verf. behandelt in dieser Publikation, welche ihrer Ausführlichkeit und Gründlichkeit wegen verdient eine Monographie bezeichnet zu werden, Anatomie, Pathologie und Klinik dieser Erkrankung. Die tuberkulöse Entartung der Bronchialdrüsen ist fast stets sekundärer Natur. Sehr eingehend werden die Erklärung des Durchbruches käsiger Drüsen in die Luftwege und die Arten der Heilung besprochen, dabei die sehr wichtige Rolle betont, welche die direkte Tracheo-Bronchoskopie bei der Diagnose und Therapie spielt. Verf. bespricht 10 Fälle, darunter 7 eigene, letztere sind ausführlich mit Einschluss des Verlaufes und der Epikrise beschrieben. Wir finden in der Publikation die klinischen Symptome, die Perkussion und die radiologischen Untersuchungsergebnisse aufgezählt; Verf. gibt gerne zu, dass diese Untersuchungsmethoden auch wertvolle Beiträge liefern können, die Hauptsache ist und bleibt aber die direkte Tracheo-Bronchoskopie: Wir finden Einwölbungen an der unteren Partie der lateralen Trachealwand und auf der medialen Wand des Hauptbronchus. Die Therapie ist in Fällen von geringer Kompression eine exspektative, kombiniert mit hygienisch diätetischen Massnahmen, in Fällen von stärkerer Kompression kann eventuell die vordere Mediastinotomie, welche Rehn in einem Falle mit Erfolg ausführte, versucht werden; droht aber ein Durchbruch, dann ist unbedingt die Tracheotomie mit nachfolgender unterer Tracheo-Bronchoskopie auszuführen, um der Erstickungsgefahr vorzubeugen. Von den aufgezählten 10 Fällen sind 7 geheilt, dies ist ein Beweis dafür, dass die Prognose jetzt nicht mehr so unbedingt ungünstig ist, wie es seinerzeit Wiederhofer beschrieb: Der Durchbruch ist eine Art der Heilung und wenn die momentane Erstickungsgefahr beseitigt ist, dann kann Heilung erfolgen; es ist folglich unsere Pflicht, in jedem Falle, wo Durchbruch vorliegt, durch sofortige Tracheotomie und untere Tracheo-Bronchoskopie den Versuch zu machen, der Er-

stickungsgefahr vorzubeugen; Aufgabe des Klinikers ist, jede Phase dieser Erkrankung sorgsam zu beobachten, dann ist es zu hoffen, dass die Zahl der nach Durchbruch geheilten Fälle in der Zukunft noch zunehmen wird. POLYAK.

e II) Stimme und Sprache.

69) **Fröschels** (Wien). **Eine sprachärztliche Kriegsabteilung.** *Med. Klinik. No. 50. 1915.*

Die Zahl der in die vom Wiener Militärkommando geschaffene sprachärztliche Kriegsabteilung eingelieferten Kranken beträgt bereits 70. Von den Stotterern hat der grösste Teil den Sprachfehler erst im Kriege erworben, fast durchweg wird angegeben das Niedergedrücktwerden durch den Luftdruck eines explodierenden Schrapnells, in einzelnen Fällen Verschüttetwerden. Die hysterischen Aphonien machen unter elektrischer, intralaryngealer und Ausgleichstherapie nach Flatau bis jetzt befriedigende Fortschritte. Diese Institution wird auch für andere Grossstädte auf das wärmste empfohlen. SEIFERT.

70) **R. Sokolowsky. Versuch einer Analyse fehlerhaft gebildeter Gesangstöne.** *Arch. f. experim. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 4. S. 328.*

Die Töne wurden mit Absicht exzessiv fehlerhaft gebildet. Die Registrierung und Analyse geschah nach den Methoden von Hermann mit dem Weiss'schen Schallschreiber (Eigenton 4000 Schwingungen pro Sek.). Untersucht wurde der normale, gequetschte, gaumige, nasale, übermässig offene, auf den Vokal A in gleicher Tonhöhe gesungene Ton. Es ergab sich für den gequetschten Ton eine erhebliche Armut an Obertönen, für den Gaumenton eine hohe Grundtonamplitude, für nasale Töne geringe Grundtonamplitude und grosser Mangel an Obertönen; für den übermässig offenen Ton ein grosser Obertonreichtum. NADOLECZNY.

71) **C. van Zanten. Der Entwicklungsgang des Gesangschülers.** *Arch. f. experim. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 3. S. 274.*

Kurze Anweisungen über die Methodik der Einübung der Tiefatmung, des Sprechens mit wenig Luftverbrauch, der Einübung aller Vokale, der ersten Gesangsübungen mit Ausschaltung fehlerhafter Artikulationsbewegungen und Mischung der Resonanzen (Register). Bevorzugen sollte man Uebungen im Legato und zwar mezzo forte. NADOLECZNY.

72) **L. Welker. Gesangskunst und musikalische Terminologie.** *Stimme. IX. H. 5. Februar 1915.*

Verf. zeigt, dass die unklare bildliche Gesangsterminologie durch die Ergebnisse der Stimmwissenschaft eine „wertvolle für den Pädagogen wichtige Richtigstellung und Erklärung gefunden hat". Beispiele: Nasenresonanz, Decken, Ton nach vorn Bringen. NADOLECZNY.

73) **A. Schmitz. Der Gesanglehrer und die funktionellen Stimmstörungen.** *Stimme. IX. H. 9. Juni 1915.*

Sch. betont die Gefahr leichter funktioneller Störungen für unausgebildete Stimmen und meint, zuerst gehe das „Mischregister", der Registerausgleich ver-

loren. Er empfiehlt individuelle Uebungen. Leider passt er sich bei Sprechstimmstörungen der natürlichen Sprechtonhöhe des Patienten an und übersieht, dass diese angeblich natürliche Tonhöhe dann oft falsch und die Wurzel alles Uebels ist.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

74) **Oswald** (Zürich). **Ueber konstitutionellen Jodismus und seine Beziehungen zum Kropf bei Basedow. (De l'iodisme constitutionel et ses rapports avec le goitre ophthalmique.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 9. 1915.*

Der konstitutionelle Jodismus ist in der französischen Schweiz zuerst nachgewiesen worden (Rilliet). Mitunter tritt er unter dem Bilde typischer Basedowsymptome auf, welche durch Jodbehandlung verursacht werden. In den Jahren zwischen 1885—1890 erschien auch in dieser Revue eine Arbeit von Léon Gautier in Genf, welche die interessante Tatsache mitteilte, dass die alten Familien Genfs so stark dem konstitutionellen Jodismus ausgesetzt sind, dass sie durch blossen vorübergehenden Aufenthalt am Meeresgestade daran erkranken (Ref.).

Das Syndrom von Rilliet tritt nach dem 40. Lebensjahre auf, der eigentliche Jodbasedow jedoch nur bei jüngeren Leuten. Konstitutioneller Jodismus sollte nicht mit Jodbasedow verwechselt werden. Eine Grenzlinie zwischen beiden ist allerdings schwer zu ziehen. Ersterer tritt ganz vorwiegend bei mit Kropf Behafteten auf, bei anderen ist er ausserordentlich selten. Jedenfalls gibt es enge Beziehungen zwischen Jodthyreoidismus, sowie Thyreoidismus im allgemeinen einerseits und dem Morbus Basedowii andrerseits.

Der Einfluss der Schilddrüse ist für beide Krankheitsformen maassgebend, aber nicht ausschliesslich. Bei beiden ist die Mitbeteiligung des Nervensystems notwendig, aber nicht in gleichem Maasse. Bei ersterem ist die Neurose nur sekundäres Accidens, bei letzterem primäres Constituens, aber zugleich auch Accidens. Deshalb ist der Basedow der Heilung viel schwerer zugänglich als der Jodisme constitutionel.

JONQUIÈRE.

75) **M. F. Porter. Injektionen mit kochendem Wasser in die Schilddrüse bei Hyperthyreodismus. (Boiling water injections for hyperthyroidism.)** *Surgery, gynecology and obstetrics. Januar 1915.*

Verf. ist auf Grund von experimentellen und klinischen Untersuchungen (cfr. auch Centralbl. 1914. S. 346) zu dem Ergebnis gelangt, dass bei Patienten mit kleiner Schilddrüse und mässigen Erscheinungen von Hyperthyreoidismus Injektionen von kochendem Wasser in die Drüse an Stelle der medikamentösen Behandlung treten sollen. Diese Methode ist auch angebracht bei Fällen mit schweren Symptomen und relativ kleiner Schilddrüse, besonders in Fällen, wo die Hyperplasie zirkumskript ist. Sie ist auch angebracht, wenn ein Lappen bereits exstirpiert ist und noch Symptome von Hyperthyreoidismus bestehen und der zurückgebliebene Lappen hyperplasiert ist. Patienten mit grossen Kröpfen und sehr heftigen Erscheinungan von Hyperthyreoidismus sollen mit den Wasserinjektionen so lange behandelt werden, bis die Aussichten für die Operation gut sind und dann soll diese vorgenommen werden; überhaupt soll in allen Fällen

mit grossem Kropf und toxischen Symptomen, wo die Aussichten für die Operation gut sind, die Operation die Methode der Wahl sein. Nichttoxische Kröpfe sollen nicht mit Wasserinjektionen behandelt werden. EMIL MAYER.

76) **Wissmer. Die bösartigen Geschwülste der Schilddrüse. (Les tumeurs malignes du corps thyroide.)** *Dissert. Genf 1913.*

Mitteilung des genauen mikroskopischen Untersuchungsbefundes von 33 bösartigen Strumen aus dem Genfer path. Institut. Bezüglich der Klassifikation nach dem histologischen Bilde schliesst sich W. im grossen ganzen der Schilderung an, wie sie Langhans (Bern) 1907 gegeben hat. OPPIKOFER.

g) Oesophagus.

77) **Schilling. Ein Fall von Oesophagusschuss.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 32. S. 1100. 1915.*

Einschuss am Hinterrand des Sternokleido. Verhältnismässig wenig Beschwerden. Aphonie und Aushusten von etwas Blut. Nach einigen Stunden wird spontan ein Infanteriegeschoss ausgehustet. Glatte Wundheilung. KOTZ.

78) **A. Barrand** (Lausanne). **Fremdkörper des Oesophagus, der eine doppelseitige Rekurrenslähmung hervorgerufen hat; Extraktion; Heilung. (Corps étranger de l'oesophage ayant provoqué une paralysie récurrentielle double. Extraction. Guérison.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 3. 1914.*

33jähriger Mann hatte im Schlaf sein Gebiss verschluckt; es war ihm von seinem Arzt verordnet worden, Watte und warme Milch zu schlucken. Am 5. Tag Aufnahme in die Klinik. Radioskopie zeigt den Fremdkörper. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt eine doppelseitige Rekurrenslähmung, hinter den ödematösen Aryknorpeln sieht man einen weissen Tumor. Oesophagoskopie: Der weisse Tumor erweist sich als einer der verschluckten Wattebäusche und wurde entfernt; allmählich wurden so zehn Wattebäusche aus dem Oesophagus zu Tage gebracht. Das Gebiss war durch die Watte nach vorn gegen den Larynx gedrängt, umfasste diesen ganz eng und war von den ödematösen Aryknorpeln bedeckt; es konnte unter einiger Schwierigkeit entfernt werden. Am Abend beginnt das rechte Stimmband sich zu bewegen, zwei Tage darauf auch das linke; zwei weitere Tage später funktionieren sie in normaler Weise. FINDER.

79) **Herman Lindvall. Fall von diffuser mit Asthma bronchiale kombinierter Oesophagusdilatation. (Fall av diffus oesophagusdilatation kombinerad med asthma bronchiale.)** *Hygiea. Bd. 77. H. 15. 1915.*

Verf. fasst seine Mitteilung in folgendem Resumee zusammen:

Es handelt sich um einen Fall von diffuser Oesophagusdilatation bei einer 59jährigen Frau, die 20 Jahre an Asthma bronchiale gelitten hatte. Die Symptome vom Digestionskanal hatten sich in den letzten 18 Jahren in Form von intermittierenden Schlingbeschwerden entwickelt und traten immer in Zusammenhang mit Verschlimmerung des Asthmas auf. Als ätiologisches Moment würde hier möglicherweise eine Vagusreizung angenommen werden können, die sowohl Asthma bronchiale als Cardiospasmus verursacht hat, welcher wiederum allmählich Anlass zur Entstehung von diffuser Eklasie des Oesophagus gewesen ist.

E. STANGENBERG.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Chevalier Jackson. Perorale Endoskopie und Larynxchirurgie. (Peroral endoscopy and laryngeal surgery.) Mit 6 farbigen Platten und 490 Illustrationen. Saint Louis, Mo. The Laryngoscope Company. 1915.

Das Aufblühen der direkten Untersuchungsmethoden des Larynx, der Trachea und Bronchien, nicht zu vergessen die schon früher für den Oesophagus geübten Methoden waren von solch epochemachender Wirkung, dass sie bereits jetzt viele unserer Ansichten geändert haben und dass noch recht viel von ihnen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung zu erwarten ist. Der wohl am rühmlichsten bekannte Forscher auf diesem Gebiete in den Vereinigten Staaten ist Chevalier Jackson aus Pittsburgh, und es ist nicht zu verwundern, dass man sein längst angekündigtes Buch mit Spannung erwartete. Wir wurden nicht enttäuscht, und es fällt schwer, nicht jedes einzelne Kapitel durchsprechen zu können, wie wir es wohl gewünscht hätten; das aber würde eine Arbeit von vielen Druckseiten ausmachen.

J. hat seinem Werke den aussergewöhnlichen Titel: Perorale Endoskopie gegeben, d. h. die direkten Untersuchungsmethoden (direkt, denn er beschäftigt sich fast ausschliesslich mit diesen) per os, und das umfasst natürlich so gut wie alles, was auf diesem Gebiete bisher geleistet wurde. Man hat den Laryngologen vorgeworfen, dass sie so viele Instrumente brauchten und in der Tat hat so mancher jüngere Kollege ein Vermögen ausgegeben, ehe er aus der Praxis aurea etwas zurückbekam. Die Wichtigkeit aber einer vollständigen und guten Ausstattung mit chirurgischen Instrumenten für die Bronchoskopie etc. ist im ersten Kapitel auseinandergesetzt und da ist es ganz natürlich, dass für absolut neue Methoden auch eine Anzahl neuer Instrumente erfunden werden musste, unter denen die Jackson'schen einen wichtigen Bestandteil ausmachen. Die letzteren werden bei uns in Amerika von vielen den Killian-Brünings'schen vorgezogen.

In der Vorrede hatte der Verf. bemerkt, dass er seine persönlichen Erfahrungen gebe, so wenig oder so viel sie auch von Wert sein mögen, und er bitte für die Häufigkeit derselben um Entschuldigung. Wer sein Werk studiert, wird finden, dass eine Entschuldigung gar nicht nötig ist; im Gegenteil ist es die vielseitige, reife Erfahrung J.'s, die dieses Buch so wertvoll macht. Das ist aus dem eben erwähnten, wie aus allen folgenden Kapiteln ersichtlich. Hier mögen J.'s eigene Instrumente, wie sein Universalhandgriff, seine Zange etc. erwähnt werden. Verf. benutzt auch nicht mehr irgend einen Aspirator, um Blut und Sekrete aufzusaugen, sondern er wischt sie mit einem eigens konstruierten Instrument weg (s. S. 30).

Einzelheiten in bezug auf die Vorbereitung des Patienten für lokale wie allgemeine Narkose sind so genau gegeben, dass nicht nur jeder Anfänger diesen Instruktionen folgen kann, sondern dass auch der auf diesem Gebiete Erfahrene so manche gute Ratschläge daraus entnehmen kann. Jackson zieht die dorsale Position des Patienten in den allermeisten Fällen vor. Bei kleinen Kindern wird keinerlei Anästhesie gegeben, d. h. weder lokale, noch allgemeine.

In den bekannten Illustrationen, die die Stellung des Operateurs, des Pat., der Assistenten und der Wärterinnen zeigen, überwiegt die weisse Farbe der Opera-

tionsröcke, der Decken usw., und zwar zuweilen so stark, dass dadurch das ganze Bild undeutlich wird. Vielleicht könnten in Zukunft die wichtigen Punkte besser herausgebracht werden durch gelegentlich angebrachte dunkle Bänder oder Farbenstriche an wenigen Stellen des weissen Leinenzeuges.

Bilder, wie die auf S. 104 und 105 sind sehr praktisch und lehrreich.

Das Kapitel über Schwebelaryngoskopie ist von Killian selbst geschrieben, und zwar in einer ausgezeichneten und klaren Darstellung, die den jetzigen Stand dieser Frage sachlich wiedergibt. Bemerkt sei hier nur, dass Killian diese Methode auch empfiehlt für die Einführung von Radium und Mesothorium bei Karzinom des Larynx. Er hat auf diese Weise die Patienten eine Stunde, und selbst anderthalb Stunden in der Schwebe gelassen.

In Kapitel XI über die Erwerbung der nötigen Geschicklichkeit zur Bronchoskopie gibt J. die hierzu gehörigen Vorbedingungen. Endlose Geduld zusammen mit endloser Uebung sind die Grundlagen für jeden, der Bronchoskopie treiben will. Der Autor hätte mit Fug und Recht als Motto für dieses Kapitel die Ueberschrift brauchen können: *τῆσ δ'ἀρετῆσ ὑδρῶτα ϑεοὶ προπαρειτεν ειηκεν ἀϑανατοί.* Vor die Tugend setzten die unsterblichen Götter den Schweiss, oder wie J. sich selbst ausdrückt: Niemand sollte versuchen, beim Menschen einen Fremdkörper zu entfernen, ohne es mindestnes 100 mal beim Hunde getan zu haben. Gerade bei der Besprechung der Fremdkörper zeigt sich die Meisterschaft des Verf.'s. Bei der Suche nach Fremdkörpern soll man nie die Tracheotomie machen, selbst nicht bei kleinen Kindern.

J. befindet sich hier etwas im Gegensatz zur Berliner Schule, aber mit seinen kleinen Tuben kommt er ohne Tracheotomie aus. Bei der Nachbehandlung solcher Fälle soll man stets an die Möglichkeit eines plötzlichen Atemstillstandes denken, sowie daran, dass der Patient „in seinen eigenen Sekreten ertrinken kann", und darum soll kein Patient das Hospital verlassen, ehe alle Gefahr beseitigt ist.

Der zweite Teil von J.'s Werk, wenn wir es so einteilen dürfen, behandelt die Krankheiten des Kehlkopfes, der Trachea, Bronchien und des Oesophagus vom Standpunkt der direkten Untersuchungsmethoden in ausführlicher und sehr lehrreicher Weise, und es sind besonders die Erkrankungen des Oesophagus, die viel Neues bringen. „Man ist nicht mehr berechtigt, den Oesophagus zu behandeln oder ösophageale Symptome zu ignorieren ohne Oesophagoskopie, als man berechtigt ist, eine Patientin mit uterinen Symptomen zu behandeln ohne lokale Untersuchung."

In der sicheren Erwartung auf das baldige Erscheinen einer zweiten Ausgabe des Werkes, sei es erlaubt, darauf hinzuweisen, dass das Suchen nach Figuren, auf die im Text Bezug genommen wird, umständlich ist. Die Hinzufügung der betr. Seite, wo dieselbe zu finden ist, wäre eine Erleichterung.

Im ganzen müssen wir Jackson's Werk als wertvolle Bereicherung unserer Literatur betrachten, als ein Werk, das jeder mit Vergnügen lesen wird.

W. Freudenthal.

---

b) Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. April 1915.

I. Hanszel stellt vor: 1. Einen Infanteristen, der im Oktober in Serbien Typhus akquirierte, am 20. November 1914 im Kaiser Franz Jofef-Spital wegen

einer typischen posttyphösen Larynxstenose tracheotomiert wurde und auch heute — also nach mehr als vier Monaten — die Tubage, selbst mit einem dünnen Katheter, nicht verträgt. Es tritt sofort reaktives Oedem ein. Dieser Fall beweist die Richtigkeit der Mitteilung in O. Chiari's Lehrbuch, nach welcher posttyphöse Stenosen durchschnittlich erst nach einem Jahr zur Tubage geeignet sind. Hanszel spricht sodann über seine nun reichlichen laryngoskopischen Befunde bei Typhen, die meist nur das Bild einer Laryngitis sicca mit Erosionen, nicht aber „typische“ Ulzerationen erkennen liessen, und bedauert die durch die prognostisch tristen posttyphösen Larynxstenosen bedingte, leider nicht seltene, dauernde Militärdienstuntauglichkeit.

2. Vorstellung einss Infanteristen, bei welchem eine schwere Schrapnellverletzung der Nase eine völlige narbige Atresie der Nase zur Folge hatte. Mittels Kaustik, Elektrolyse und vielen mühsamen submukösen Eingriffen konnte Hanszel die linke Nasenseite dauernd wegsam machen, während die Oeffnung in der rechten Seite noch durch einen Verweilkatheter offen erhalten werden muss, da sie sich sonst rasch verengt.

Ad. Heindl hatte in der k. k. Krankenanstalt „Rudolfs-Stiftung“ ebenfalls Gelegenheit, nunmehr viel reichlicher als sonst Typhusfälle zu untersuchen, und konnte ebenfalls nur verhältnismässig selten die beschriebenen Typhusulzera feststellen. Statt dessen bloss ,eine starke Austrocknung mit Krustenbildung der Schleimhäute der Nase, des Pharynx, Larynx und der Trachea, wie sie sonst bei hochfiebernden Patienten, hier bei diesen, weil sie stunden- und tagelang mehr weniger somnolent sind, in noch höherem Grade beobachtet werden können. Durch das Fieber, durch das Loshusten dieser Sekretkrusten kommt es zur Nekrose des Schleimhautepithels und zum Losreissen desselben, so dass den Typhusbazillen die Eingangspforte geöffnet ist. Es etabliert sich dann dort das Ulkus so wie bei der Tuberkulose des Larynx.

Fein: Auch ich habe in der letzten Zeit eine grosse Anzahl von Typhusfällen untersucht und unter diesen keinen einzigen Fall von Kehlkopfgeschwür beobachtet. In fast allen Fällen handelte es sich um ein Bild, das ungefähr demjenigen entsprach, das der Vortr. als Laryngitis sicca bezeichnet hat. Ich halte aber diese Bezeichnung, die allerdings seit altersher üblich ist, für nicht ganz zutreffend. Es handelt sich erstens nicht um einen auf den Larynx beschränkten Zustand, es ist vielmehr die Schleimhaut des ganzen Respirationstraktus — Nase, Mund, Rachen, Bronchien usw. — ergriffen. Zweitens ist es kein Entzündungszustand, sondern ein Austrocknungsprozess, der mit einer Affektion der Schleimdrüsen, die wenig zähen, klebrigen, adhärenten Schleim absondern, einhergeht. Diese Affektion der Schleimhaut ist auch nicht allein für den Typhus charakteristisch, sondern findet sich auch bei vielen anderen schweren Infektionskrankheiten, die mit hohem Fieber, intermittierender oder dauernder Somnolenz und dgl. einhergehen. Diese Erscheinungen der Schleimhaut, die oft Aphonie und Dysphagie zur Folge haben, schwinden in der Regel bald, wenn die schweren Allgemeinerscheinungen abgelaufen sind.

Kofler: Ich hatte bis jetzt nur wenig Fälle von Typhus mit Erscheinungen im Larynx zu beobachten Gelegenheit gehabt, während der Kriegsmonate im ganzen nur drei. Bei einem dieser Patienten fand ich nur Rötung und Trocken-

heit der Larynxschleimhaut, bei einem zweiten bestand ein sehr grosses, höckriges Infiltrat der Hinterwand, bei dem dritten Patienten endlich kam es zu Oedem des Larynx, des obersten Teiles der vorderen Trachealwand und des darüberliegenden Isthmus, welches die sofortige Tracheotomie notwendig machte. Der zweite Patient wurde der Schutzimpfung gegen Typhus unterzogen, bevor er ins Feld ausrückte; Tuberkulose konnte bei ihm nicht nachgewiesen werden. Alle drei Patienten waren Soldaten.

Hugo Stern: Ich möchte den Herrn Vortragenden nur fragen, inwieweit die Sprache durch die Atresie im zweiten Fall verändert ist; wir wissen aus unserer Erfahrung, dass manche Atresien die Sprache unbedeutend beeinflussen, bei anderen können wir aber eine typische Rhinolalia clausa oder mixta hören.

Hanszel hat keine auffällige Klangveränderung konstatieren können, allerdings hat der nur ruthenisch sprechende Soldat besonders anfangs im Spital sehr wenig gesprochen.

Stern: Es zeigt sich in der Tat keine wesentliche Klangveränderung der Sprache bis auf den Umstand, dass K, G, F und Sch etwas verwaschen klingen, was jedoch vielleicht mit dem Sprachidiom, respektive einem speziellen Dialekt des Pat. zusammenhängen kann.

II. Kofler: 1. Typhusstenose.

Erlaube mir, diesen Patienten (Soldaten) hier vorzustellen, bei welchem es im Verlaufe seiner Typhuserkrankung zu Oedem des Larynx, der Trachea und des darüberliegenden Isthmus gekommen war, ein Zustand, der die sofortige Tracheotomie erheischte.

Späterhin schwand langsam das Oedem des Larynx, es blieb schliesslich, etwa 2 Wochen vor der Aufnahme an unsere Klinik, nur eine stärkere Schwellung um die vordere Kommissur herum zurück, aus der auch etwas eitriges Sekret zum Vorschein kam. Da während dieser Zeit der interne Befund wieder vollständig normal war, insbesondere jede Infektionsmöglichkeit ausgeschlossen werden konnte, musste mangels jeder anderen Ursache das beständige, zeitweilig recht hohe Fieber auf diesen eitrigen Prozess zurückgeführt werden. 7 Wochen nach der Tracheotomie wurde von meinem Chef Hofrat Chiari die Laryngostomie ausgeführt und dabei ein kleines, nekrotisches Stück Schildknorpel aus der vorderen Kommissur entfernt. Pat. verträgt die Nachbehandlung mit Laryngostomiebolzen sehr gut und ohne besondere Reaktion. Durch etwa vier Wochen nach der Laryngostomie war die Temperatur noch ab und zu subfebril, von da ab immer normal.

2. Neue Behandlungsmethode der doppelseitigen kompletten Postikusparalyse.

Die Pat., welche ich hier vorstelle, wurde seinerzeit wegen einer hochgradigen Struma an einer chirurgischen Station operiert. Ich sah die Pat. zum erstenmal einige Monate später mit einer doppelseitigen kompletten Postikusparalyse; ohne Zweifel war diese auf die Operation zurückzuführen. Zu gleicher Zeit bestand jedoch eine akute Laryngitis, welche die Tracheotomie notwendig machte. Vorher schon, also zu einer Zeit, wo noch kein akuter Katarrh das ursprüngliche Leiden komplizierte, musste die Pat. nachts von den übrigen Patienten wegen des überaus lauten stridorösen Atmens abgesondert werden; untertags konnte sie bei Ruhe leidlich atmen. Nach Ablauf der akuten katarrhalischen Er-

scheinungen im Larynx, ungefähr 2—3 Wochen nach der Tracheotomie, versuchte ich zum erstenmal meine neue Behandlungsmethode, welche in ausgiebiger Kauterisation der Basis beider Stimmlippen bestand, so zwar, dass zweizeitig an der Basis jeder Stimmlippe mit dem weissglühenden Kauter weitab von der Kante eine tiefgehende Furche von der vorderen Kommissur bis zum Processus vocalis gezogen wurde, in der Voraussetzung, dadurch entsprechend dieser Furche nach Ablauf der kaustisch-entzündlichen Reaktion die Bildung von Narbengewebe zu erzielen, welches dann durch Schrumpfung die Stimmlippe nach aussen ziehen sollte. Zu meiner Ueberraschung ist der erwartete Erfolg auch eingetreten. Während sich vorher die Kanten beider Stimmlippen bei ruhigem Atmen bloss etwa 1 mm voneinander entfernten, beträgt jetzt diese Distanz 3—4 mm, so dass Pat. jetzt bei verschlossener Kanüle auch nachts vollständig ruhig atmet und die anderen Patienten in keiner Weise mehr stört; auch die Stimme hat sonderbarerweise nicht im geringsten gelitten, obwohl dies nach der Natur der Sache eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Patientin spricht und atmet gut bei beständig geschlossener Kanüle. Ich beabsichtige, diese Behandlung an der linken Stimmlippe nochmals zu wiederholen, weil mir der Effekt der Kauterisation hier nicht ausgiebig genug erscheint, und dann die Pat. zu dekanülieren.

Heindl: Eine anhaltende Temperatursteigerung könnte, wenn sie nicht durch die Allgemeinerkrankung erklärlich ist, im ersteren Falle nur auf eine Mischinfektion mit Streptokokken (Phlegmona laryng.) schliessen lassen, da ein einziges im Larynx lokalisiertes Ulkus von Typhus nicht derlei Temperatursteigerungen nach sich ziehen kann. Die beiderseitige gleiche Stimmbandaffektion im zweiten Falle lässt doch den Gedanken aufkommen, ob wir es mit einer postoperativen traumatischen Neurose (spastischen Parese) zu tun haben. Denn dass der Operateur beide Nervi recurrentes verletzt und in ganz gleichem Grade geschädigt haben sollte, ist etwas unwahrscheinlich.

Fein ist nicht der Ansicht Heindl's, dass es sich bei der Stimmbandaffektion im vorgestellten Falle um funktionelle Störungen handelt. Diese Diagnose dürfen wir nur dann annehmen, wenn wir gar keine organischen Veränderungen vorfinden, die die Erscheinungen erklären könnten. Nun sehen wir hier die Narben nach doppelseitig angeführter Strumektomie und wissen, dass in überaus zahlreichen Fällen nach dieser Operation Läsionen des Nerv. recurrens vorkommen. Es wäre daher sehr gezwungen und durch nichts gestützt, in diesem Falle einen Shock und eine funktionelle Neurose annehmen zu wollen.

Weil: Ich beobachte seit Jahren eine ältere Frau, welche von Chirurgen ersten Ranges zweimal wegen Struma operiert wurde. Nach der ersten Operation blieb rechts Postikuslähmung zurück, nach der zweiten links: beide Stimmbänder bieten aber einen vollkommen symmetrischen Anblick. Pat. atmet durch das kleine hintere Dreieck und bekommt beim Gehen leicht Dyspnoe, hat aber sonst nicht viel Beschwerden.

Kofler: Die bei diesem Leiden von anderen Autoren geübte Abtragung einer Stimmlippe scheint mir, sowohl was die Stimme als auch die Atmung anlangt, nicht dasselbe günstige Resultat zu ergeben, weil sich erstens an Stelle der abgetragenen Stimmlippen unebene Granulationen bilden, die öfter entfernt werden müssen und daher eine längere Nachbehandlung erfordern, weil zweitens die Un-

ebenheit dieser Granulationen und auch jene der späteren Narbe sicherlich die Stimmbildung mehr beeinträchtigt, als dies bei meiner Methode der Fall ist, wo im grossen ganzen die Konfiguration der Stimmlippe, insbesondere deren Kante intakt bleibt; ausserdem erscheint mir dieser Eingriff viel einfacher und wegen seiner bloss zweimaligen Durchführung für den Pat. viel weniger beschwerlich als die Abtragung einer Stimmlippe mit nachträglicher wiederholter Entfernung der Granulationen.

III. Weil: Demonstration eines grossen Tuberkuloms der Choane. Bei der Untersuchung sah ich von rückwärts einen pflaumengrossen, runden, grauen, platten Tumor vom Sitz und Aussehen eines Choanalpolypen; vorn fand ich aber die rechte Nasenhöhle von körnigen Tumormassen ausgefüllt, welche von der Schlinge leicht durchschnitten wurden und heftig bluteten. An zwei Tagen Ausräumung dieser Massen (etwa 40 ccm) mit Schlinge und Conchotom; zuletzt isolierte Abschnürung des Choanaltumors, der durchschnitten und ausgespuckt wurde. Zu meinem Erstaunen fand ich dann, dass sich die graue Oberfläche in Form einer halbkugeligen Schale von 1—2 mm Dicke von dem jetzt rot und körnig erscheinenden Tumor abgelöst hatte. Der Sitz der Zerstörung war das Gebiet der unteren und mittleren Muschel; die Durchleuchtung ergab Verdunklung der rechten Wange. Meine klinische Diagnose war Epitheliom; die histologische Untersuchung ergab jedoch ein Tuberkulom. Nachträglich erfuhr ich, dass die Kranke schon vor 10 Jahren einen ähnlichen Zustand hatte und damals vom Kollegen Koschier operiert wurde.

Hanszel.

---

c) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzungen vom 5. Februar, 3. März und 7. April 1915.

Mayersohn stellt ein 7jähriges Mädchen vor mit Speichelfluss otogenen Ursprungs. Seit 6 Monaten sondert das Kind solche Mengen Speichel ab, dass es täglich 8—10 Taschentücher braucht, die völlig mit Speichel getränkt sind. Vor einem Monat hat es eine Diphtherie durchgemacht, durch welche der Speichelfluss nicht beeinflusst wurde. Nach Aussage des Vaters ist das Kind in letzter Zeit sehr apathisch und macht einen fast idiotischen Eindruck. Das Hörvermögen ist seit langem herabgesetzt. Die Ohrenuntersuchung ergibt, dass beide Trommelfelle nach oben gegen die Shrapnell'sche Membran so retrahiert sind, dass man Mühe hat, sie zu sehen. Verf. glaubt, dass eine Läsion der Chordae tympani vorliegt, und dass auf diese der Speichelfluss zurückzuführen sei.

Mayersohn stellt ein 17jähriges Mädchen vor, das seit 7 Monaten Schluckbeschwerden hat. Ihre Erkrankung wurde in einem Krankenhaus für eine syphilitische gehalten, sie wurde mit intravenösen und intramuskulären Injektionen von Neo-salvarsan, sowie mit Hg. behandelt, jedoch ohne merklichen Erfolg. Man findet in der Mundrachenhöhle zahlreiche Narben, eine solche auch auf dem linken hinteren Gaumenbogen, von dem ein Teil fehlt. Die Epiglottis ist verdickt und mit blassen Granulationen bedeckt, dasselbe findet man auf den Aryknorpeln. M. neigt zur Diagnose Tuberkulose.

Costiniu hält die Affektion für eine lupöse, keinesfalls eine syphilitische.
Neumann meint, es handele sich um Tuberculosis vegetans.

Costiniu teilt eine Beobachtung mit, einen 54jährigen Mann betreffend, dem er vor 2 Monaten einen kleinen Polypen vom linken Stimmband entfernt hatte. Zwei Wochen später kam Pat. wieder und man findet eine markstückgrosse Ulzeration auf der Zungenbasis und eine andere kleinere in Höhe der Spitze der Epiglottis. Auf der rechten Halsseite eine grosse Drüse. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte. Verf. leitete folgende Behandlung ein: Es wurde 6 Tage lang das Geschwür mit Acid. arsenicos. gepinselt, dann die Drüse exstirpiert und die Art. lingualis unterbunden. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Drüse ergab Pflasterzellen-Epitheliom. Die Ulzerationen sind verschwunden; an Stelle derselben ist nur eine lineare Narbe geblieben. Pat. fühlt sich wohl.

Costiniu stellt ein kleines Mädchen mit leichtem Grade von Rhinolalie vor, für welche ein Grund nicht aufzufinden ist. Nur die hinteren Enden der unteren Muscheln sind etwas hyperplasiert.

Jianu macht eine Mitteilung, betreffend Rhinoplastik mittels Gefässtransplantation.

Die Schwierigkeit bei der totalen Rhinoplastik beruht hauptsächlich auf der Bildung der Nasenlöcher derart, dass keine Obliteration stattfinden kann. Um diesem Uebelstand vorzubeugen, hat man zu verschiedenen Mitteln gegriffen: Bildung von Lappen ans der Stirn- oder Gesichtshaut, deren Epidermisfläche gegen die Nasenhöhle zu gerichtet wird; Transplantation von Schleimhaut aus den Lippen und schliesslich Gefässtransplantation. Bei letzterer wird ein Stück eines Gefässes — und zwar einer Arterie oder Vene (Saphena) — reseziert, man befestigt es auf einem Kautschukrohr und führt es so in die Nasenhöhle ein, wo es auf die blutende Fläche appliziert wird. J. hat dies Verfahren bei einer Syphilitischen angewandt, bei welcher die ganze Nase und die Oberlippe zerstört war. Nachdem J. durch 5 oder 6 Operationen das Nasengerüst und die Lippe hergestellt hatte, ging er an die Herstellung der Nasenöffnung. Ein Stück der Vena saphena wurde auf ein Stückchen Tannenholz montiert, in die Nase eingeführt und dort fixiert. Nach 8 Tagen wurde das Holz entfernt und das Gefässfragment fixiert in der Nase gelassen. Das rechte Nasenloch verengte sich, das linke blieb völlig offen. Diese Gefässtransplantation wurde zuerst von Chirurgen in Lyon angewandt zur Wiederherstellung des Harnröhrenlumens; diese Chirurgen haben die Ansicht ausgesprochen, dass das Gefässfragment resorbiert und durch epitheliales Gewebe ersetzt werde, dass es also nur bis zur Bildung des Epithels als Schützer diene. J. glaubt, dass dies auch bei der Transplantation in die Nase ebenso der Fall sei. L. Mayersohn.

---

d) Hauptversammlung der Vereinigung der Schweizerischen Hals- und Ohren-Aerzte.

Bericht. Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 42. 1915.

1. Rüedi (Davos): Beobachtungen aus Davos über operative Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Die Behandlung ist fast nur galvanokaustisch, nur selten mit Kurette (Epiglottis). Der kaustische Tiefenstich wird nur für geschlossene, diffuse Infiltrationen

und perichondrische Schwellungen empfohlen. Sonst wurde die Mermod-Siebenmann'sche breit und tief alles Krankhafte mit weissglühendem Kauter zerstörende Methode angewendet. Dieselbe hat keine gefahrbringenden Oedeme zur Folge, sodass niemals Tracheotomie in Frage kam. Sie ist der wesentlichste Fortschritt in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Von 387 Fällen, welche 3 Monate bis über 5 Jahre nachuntersucht wurden, blieben 63 ungebessert, 135 wesentlich gebessert, 50 waren in Heilung begriffen, 139, also 36 pCt. geheilt.

Die besten Resultate bietet die Tuberkulose der Stimmbänder, während diejenige der Intrarytänoidgegend häufig rezidiviert. Einzig bei der Kehldeckeltuberkulose wirkt die Resektion der infiltrierten Ränder manchmal auch recht günstig.

Diese Operationen sollen grundsätzlich, abgesehen von Notzuständen, nur bei fieberlosem, stationärem Lungenzustand gemacht werden. Dann hat die operative Behandlung einen günstigen Einfluss auch auf das Lungenleiden und das Allgemeinbefinden.

2. Demonstrationen. a) von Laubi (Zürich): 1. Ein Fall von Karzinom einer Tonsille geheilt durch Bestrahlung mit 50 Milligramm Mesothorium. Die hühnereigrosse submaxillare Lymphdrüse wurde mittels Röntgenbestrahlung zur Schrumpfung gebracht.

3. Ein Karzinom im Sinus pyriformis wurde durch Bestrahlung mit Mesothorium nicht geheilt, aber für Monate erträglicher.

b) Nayer (Zürich): 1. Endotheliom der Rosenmüller'schen Grube durch Röntgen ebenfalls weniger schmerzhaft geworden.

2. Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege. Arsenbehandlung. Prognosis quoad sanationem ungünstig.

3. Rhinosklerom bei einem 58jährigen Mann; seit 1913 beobachtet; ziemlich stabiles Verhalten.

Jonquière.

---

e) Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 24. September 1915.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

Sture Berggren berichtete über seine Tätigkeit und Erfahrungen am Kriegs-Reservehospital No. 15 in Wien, welches seit einigen Monaten von schwedischen Aerzten mit schwedischen Krankenpflegerinnen geleitet wird.

Sitzung vom 29. Oktober 1915.

Vorsitzender: Lars Flodqvist.

N. Aroldson berichtete über zwei Fälle von gummösen Veränderungen im Kehlkopf, in diesem Zusammenhang erinnerte Sture Berggren an einen Fall von malignem Tumor im Subarachnoidalraum bei einem 36jähr. Manne.

Sture Berggren berichtete über einen Fall von Trachealsarkom, welches durch Aussenoperation entfernt wurde.

Sitzung vom 26. November 1915.

Vorsitzender: Gunnar Holmgren.

Gunnar Holmgren hält es für wünschenswert, dass auch in Schweden wie in Deutschland eine Organisation der Kriegskrankenpflege mit besonderer Rücksicht auf das Bedürfnis einer sachverständigen Behandlung der Ohr-, Nasen-, Augen- und Halsverwundeten zustande gebracht werde und machte den Vorschlag, dass die betreffenden Behörden darauf aufmerksam gemacht werden sollten. E. Stangenberg.

---

f) Société Belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie in Brüssel.

Sitzung am 15. Februar 1914.

Vorsitzender: Dr. F. Vues.

Vues: Die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit infolge von Betriebsunfällen, die Ohr, Kehlkopf und Nase betreffen.

Der Hauptteil der Ausführungen des Referenten bezieht sich auf die Schädigungen des Gehörs. Es gibt folgende Schätzungen für die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit:

a) Einseitige Verminderung des Hörvermögens, die gestattet, Flüsterstimme in mehr als 3, aber weniger als 5 Meter Entfernung zu hören: 0—5 pCt.

b) Einseitige Verminderung des Hörvermögens, bei der Flüsterstimme nur in weniger als 3 Meter Entfernung gehört wird: 5—10 pCt.

c) Einseitige Taubheit (Flüsterstimme in weniger als 20 cm): 10—15 pCt. Bei beiderseitiger Affektion addiert man die beiden Werte und fügt 10 pCt. hinzu, wenn es sich um Schwerhörigkeit, und 20 pCt., wenn es sich um Taubheit handelt. Die Ohrgeräusche werden nur da in Betracht gezogen, wenn sie die Hörschärfe herabsetzen oder den Allgemeinzustand beeinträchtigen. Gleichgewichtsstörungen kommen nur für gewisse Berufe in Betracht, man wird dann für sie eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit von 10—60 pCt. annehmen.

Unfälle, die den Larynx betreffen, sind selten; sie bewirken eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit, wenn sie erschwerte Atmung oder Aphonie im Gefolge haben. Im ersteren Fall wird die Herabsetzung 5—50 pCt. betragen, je nach den Arbeitsbedingungen; Kanülenträger sind absolut arbeitsunfähig. Störungen der Phonation kommen mehr für solche Leute in Betracht, die auf den Gebrauch ihrer Stimme angewiesen sind, und sind mit 0—30 pCt. zu bewerten. Unfälle, welche die Nase betreffen, sind im Allgemeinen nicht schwer. Die Entstellung infolge Narbenbildung ist mit 5—15 pCt., der totale Verlust der Nase mit 15—30 pCt. zu bewerten, einseitige Stenose mit 5—10 pCt., beiderseitige komplette Verstopfung mit 15—20 pCt:, das Bestehen einer Sinusitis mit 5—10 pCt.

Zum Schluss bespricht Verf. die Uebertragung der Syphilis als Arbeitsunfall.

Capart fils hält Kanülenträger nicht für ohne weiteres Invalide; er hat solche, die noch sehr tätig waren, gekannt.

Beco hat ebenfalls einen Fiakerkutscher gesehen, der von einem Laryngo-Typhus her eine Kanüle trug.

L. Broeckaert: Internationale Sammelforschung über die Ozaena.

Das belgische Nationalkomitee hat sich konstituiert und seit Januar seine Arbeiten begonnen. B. weist besonders auf die Wichtigkeit der Perez'schen Arbeiten über die Aetiologie der Ozaena hin.

Trétrôp: Einige Worte über das Kurpfuschertum in Oto-Rhino-Laryngologie.

T. erinnert daran, dass die Unterdrückung des Kurpfuschertums Gegenstand eines einstimmigen Beschlusses auf dem Internationalen Otologenkongress in Bordeaux im Jahre 1904 gewesen ist. Er schlägt vor, dass die Gesellschaft der belgischen Nationalliga gegen den Charlatanismus beitreten soll.

Dewatripont: Prophylaxe der Syphilis bukkalen Ursprungs bei den Glasbläsern.

Auf Grund einer Enquête, die D. über diesen Gegenstand gemacht hat, fordert er, dass die Gesetzgebung den gegenwärtigen höchst bedauerlichen Zustand der Dinge ändert, die Arbeit in den Glashütten reglementiert, eine permanente ärztliche Ueberwachung dieser Arbeiter im Hinblick auf die Syphilis einrichtet und sie der Untersuchung nach Wassermann und Noguchi unterwirft. Um die direkte Uebertragung zu verhüten, schlägt D. vor, dass jeder Arbeiter ein eigenes Mundstück hat, das er auf die Pfeife steckt. Ferner müssen die Glasbläser über die Gefahren ihres Berufes sorgfältig instruiert werden.

Galand fils: Arbeitsunfall den Kehlkopf betreffend.

Ein Kutscher fiel beim Vornehmen einer Reparatur am Wagenrade so mit dem Hals auf die Radfelge, dass eine Verletzung der vorderen seitlichen, linken Partie des Schildknorpels die Folge war. Unmittelbar danach war Heiserkeit und Schluckschmerz zu bemerken. Kein blutiger Auswurf. Druck besonders in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes schmerzhaft. Keine Krepitation fühlbar. Laryngoskopie ergab: Blutige Infiltration des linken Stimmbandes, das in ganzer Ausdehnung lebhaft gerötet ist. Beweglichkeit nicht vermindert. Radiographie lässt keine Fraktur erkennen. Unter Ruhe, Inhalationen, feuchtwarmen Umschlägen, völlige Heilung.

Bayer: Völliges Verschwinden einer malignen Geschwulst der Tonsille nach Radiumanwendung.

Verf. gibt eine kurze Krankengeschichte und behält sich vor, in einer späteren Sitzung auf die Details und das definitive Resultat zurückzukommen.

III. Briefkasten.

Zu unserem Bedauern hat sich Prof. Schmiegelow (Kopenhagen) veranlasst gesehen, seine Mitarbeit am Centralblatt einzustellen. Wir sprechen ihm für die wertvollen Dienste, die er lange Jahre hindurch in uneigennützigster Weise unserem Blatte geleistet hat, auch an dieser Stelle unseren wärmsten Dank aus. **F.**

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. Februar 1916. No. 2.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Februar. 1916. No. 2.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. Onodi** (Budapest). **Rhino-Laryngologische Fälle im Kriege.** *Orvosi hetilap. No. 36. 1915.*

Erkrankungen der Nasennebenhöhlen kamen 26 mal zur Beobachtung, darunter 6 Fälle, in denen eine Schussverletzung die Ursache der Erkrankung war. Eine Schussverletzung der Stirn- und Kieferhöhle ist spontan geheilt, in 5 Fällen von Verletzung des Gesichtes trat Eiterung in der Kieferhöhle auf; Substanzverlust und Fistelbildung hielten die Höhlen offen.

Ein Fall von Abszessbildung im Stirn- und Temporallappen und Meningitis ist bereits früher als ein Fall von Schussverletzung des Gesichtes, Eiterung der vorderen Siebbeinzellen, Fraktur des Unterkiefers und peripharyngealer Senkungsabszess beschrieben worden. Im weiteren Verlaufe traten plötzlich heftige Kopfschmerzen, Fieber und Symptome einer Meningitis auf. Die Eröffnung der Stirnhöhle brachte keine Hilfe. Pat. starb an Meningitis; bei der Obduktion wurde ausser den erwähnten Abszessen eine geheilte Verletzung der Lamina cribrosa und der mittleren Schädelgrube nachgewiesen.

Ein Fall von Hämatom des Kehlkopfes trat bei einem Soldaten auf, welcher durch Granatenluftdruck zur Erde geworfen wurde, wo er eine Zeitlang besinnungslos lag. Nach dem Erwachen sprach er schwer und heiser und hatte starke Schmerzen beim Schlucken.

POLYAK.

2) **M. Koenigstein. Ueber Blutungen, welche nach operativen Eingriffen im oberen Teil des Respirationstractus auftraten.** *Medycyna. No. 15. 1915.*

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Es darf kein operativer Eingriff an Nase, Rachen und Kehlkopf ambulant vorgenommen werden, sondern nur in der Klinik.

2. Die Operationen an Gaumen- oder Rachenmandel müssen als ernst zu nehmende chirurgische Eingriffe betrachtet werden und sind ausschliesslich in der Klinik vorzunehmen.

3. Bei intralaryngealen Operationen soll man stets auf die Vornahme der Tracheotomie vorbereitet sein.

4. Die besten hämostatischen Mittel bei profusen Blutungen sind nach des Verf.'s Erfahrungen die alten chirurgischen Maassnahmen: Kompression, Naht und Ligatur.

V. SOKOLOWSKI.

3) **Egon Bach. Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten.** *Zeitschr. f. Kinderheilk. No. 11. 1915.*

Nach Berücksichtigung der verschiedenen durch Stenose in den obersten Luftwegen bedingten Formen von Stridor (Nase, Pharynx, Larynx) bespricht Verf. die durch Röntgenbefunde charakterisierten endothorakalen Stridorformen, zu denen 1. der Stridor thymicus gehört. Er ist angeboren, inspiratorisch bei Tag und Nacht anhaltend. Das Stenosengeräusch ist röchelnd, meckernd oder glucksend. Ueber dem Manubrium sterni lässt sich Dämpfung nachweisen. Röntgenbefund ergibt Verbreiterung des Mittelschattenhalses nach einer Seite (gewöhnlich links) oder beiderseits.

2. Exspiratorisches Keuchen bei Lungendrüsentuberkulose der Säuglinge, häufig verbunden mit klingendem Husten. Röntgenbefund ergibt Schattenbildung entsprechend der geschwollenen Drüse oder entsprechend den begleitenden Lungenveränderungen.

3. Bald ex- bald inspiratorischer Stridor bei hochsitzenden endothorakalen Senkungsabszessen. Klinisch ist die Spondylitis nachweisbar.

4. Stridor bei Asthma, exspiratorisch mit röchelndem Klang. Röntgenbefund ergibt Tiefstand des Zwerchfells.

Andere Stridorformen sind selten.

FINDER.

4) **J. Zange. Gonorrhoische Infektion der oberen Luftwege beim Erwachsenen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege. Bd. 73. S. 165.*

Bericht über eine Gonokokkeninfektion der Nase und der übrigen Luftwege, die wahrscheinlich durch den Tränengang vom Konjunktivalsack aus überwanderte. In der Literatur sind nur drei bakteriologisch sicher nachgewiesene Nasengonorrhöen bekannt. Verf. nimmt an, dass bei Erwachsenen im Gegensatz zu den Neugeborenen die Gonokokkeninfektion der Nase deshalb so selten ist oder wenigstens ganz mild und daher unbeobachtet verläuft, weil bei ihnen das Plattenepithel wesentlich höher geschichtet und fester gefügt ist.

KOTZ.

5) **Weston P. Chamberlain. Spirochäten und fusiforme Bazillen bei verschiedenen Erkrankungen. (Spirochaetae and fusiform bacilli in various lesions.)** *American journal of tropical disease and preventive medicine. Oktober 1914.*

Verf. hat unter 106 Patienten mit verschiedenen Affektionen von Mund und Rachen bei nicht weniger als 53 pCt. Spirochäten und fusiforme Bazillen gefunden. Die Zahl der positiven Befunde war am höchsten bei Geschwüren im Rachen und am Zahnfleisch und abgesehen von 27, die als syphilitische angesehen werden mussten, ergaben 11 die Vincent'schen Mikroorganismen. Es bestand in den Fällen von schwerer Infektion mit Vincent'schen Mikroorganismen keine Gleichmässigkeit der Symptome. Solche Infektionen sind unter Weissen auf den Philippinen

augenscheinlich häufiger, als in gemässigtem Klima. Zahlreiche Spirochäten und fusiforme Bazillen ähnlich denen bei Angina Vincenti fanden sich auch im Sputum von Patienten mit Typhus und in einem Fall von Hautgeschwür. Alles in allem berechtigt der Befund von Vincent'schen Mikroorganismen im Rachen oder an anderen Stellen nicht zur Diagnose einer Angina Vincenti. Sie kommen vor bei Syphilis, Diphtherie, Carcinom und Hg-Vergiftung. Diese und wahrscheinlich auch andere ätiologische Faktoren müssen sorgfältig ausgeschaltet werden, bevor man die Diagnose auf Angina Vincenti stellt.

EMIL MAYER.

6) **George M. Coates** (Philadelphia). **Die Vaccinebehandlung bei Erkrankungen der Nase, des Halses und der Ohren. (Vaccine therapy in diseases of the nose, throat and ear.)** *New York med. journ. 10. Juli 1915.*

Verf. unterscheidet 3 Arten von Vaccine: 1. die autogene, vom Pat. selbst hergenommene, 2. die im Laboratorium frisch zubereitete und 3. die käufliche Vaccine. Er behandelte die verschiedensten Erkrankungen, von denen wohl die chronischen Eiterungen in der Nase am meisten interessieren dürften.

FREUDENTHAL.

7) **M. Weingärtner** (Berlin). **Die Röntgenstereoskopie und ihre Anwendung in der Rhino-Laryngologie.** Mit 12 Textfiguren und 12 Tafeln. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 297. 1915.*

Die ersten stereoskopischen Röntgenbilder wurden 1896 von Mach hergestellt, weitere Verbesserungen erfolgten später durch Levy-Dorn, Hildebrand, Albers u. a. Verf. hat seit 1911 durch Verbesserung des alten Grödelschen Apparates einen solchen für die Spezialzwecke der Rhino- und Laryngologie anfertigen lassen. Er beschreibt diesen Apparat, die Art der Aufnahme, die Besichtigung besonders mit den grossen Stereoskopen nach Art der Wheatstone'schen Spiegelstereoskope. Die Stereogramme sind von besonderem Werte für operative Zwecke, indem vor der Operation Genaueres über Form, Tiefe der etwaigen in Frage stehenden Höhlen erkannt werden soll, das Plastische des Schädels mit seinen Höhlen wird auf diese Weise exakt und deutlich gewonnen und namentlich wird die Lokalisation von Fremdkörpern, von Geschossen im Schädel erheblich erleichtert, besonders auch die Lage der in die Nebenhöhlen eingeführten Sonden dargestellt. Auch zum Studium und zur Demonstration anatomischer Verhältnisse leisten die Stereoröntgenbilder wertvolle Dienste. Die beigefügten 12 Tafeln erläutern das Gesagte.

B. BAGINSKY.

8) **W. Freudenthal** (New York). **Ueber die direkte Applikation des elektrischen Stromes sowie medikamentöser Mittel bei der Behandlung des Bronchialasthmas.** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 443. 1915.*

Die von Nowotny aus Krakau und Ephraim aus Breslau gegebene Anregung, das Bronchialasthma lokal zu behandeln bzw. zu heilen durch Applikation von Medikamenten, welche direkt in die Trachea durch passende Instrumente hineingebracht wurden, gab Freudenthal die Veranlassung, den galvanischen Strom endobronchial anzuwenden, um die zum Spasmus führende Hypersensibilität und die beim Asthma bestehende sekundäre Atonie zu beseitigen. Zu diesem Zwecke benutzt Verf. einen Ephraim'schen Apparat zur Verbindung mit einem die elektri-

sche Leitung herstellenden Drahte. Es wird zunächst eine bronchoskopische Untersuchung vorgenommen und nach genügender Kokainisierung der negative Pol mit den Bronchien in Verbindung gebracht, während der positive Pol um den Thorax oder auf eine Seite desselben gelegt wird. Die Sitzung dauert etwa 6 Minuten und die Stärke des Stromes geht bis 8 M.-Amp. Es werden mehrere Krankengeschichten mitgeteilt mit gutem Erfolge. B. BAGINSKY.

9) **Richman John Godlee. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Canadian practitioner and review. XXXIX. No. 1.*

Verf. hat Versuche gemacht, die darauf hinauszielten, die Bewegungen von aspirierten Fremdkörpern in den Bronchien zu studieren. Ein Affe wurde tracheotomiert und in jeden Hauptbronchus ein Kupferdraht hineingebracht. Die Fremdkörper wurden dann auf dem Fluoreszenzschirm beobachtet; der im rechten befindliche wurde bei der Inspiration nach innen gezogen, der im linken konnte nicht gesehen werden.

Verf. beschreibt die Entfernung einer grünen Erbse, die drei Tage lang im rechten Bronchus verweilt hatte. Der Tubus wurde bis zum Fremdkörper eingeführt; sodann wurde ein mit Paraffin. liquid. getränkter Wattetupfer langsam heruntergeführt, bis er gegen die Erbse stiess. Dann wurde der Wattebausch mit einer plötzlichen Bewegung herausgezogen und die Erbse in den Tubus aspiriert.

EMIL MAYER.

10) **Simon D. Ehrlich. Ein Fall von retroperitonealen und ausgedehnten Hautemphysemen nach intratrachealer Anästhesie. Heilung. (A case of retroperitoneal and extensive subcutaneous emphysema following intratracheal anesthesia, with recovery.)** *Medical record. 28. November 1914.*

Die Anästhesie hatte $1^1/_2$ Stunden gedauert, als das Auftreten des subperitonealen Emphysems konstatiert wurde, und das Hautemphysem im Gesicht auftrat, von wo es sich über Hals und Brust ausbreitete. Es erfolgte in wenigen Tagen Heilung. Trotz dieses seltenen Vorkommnisses — es sind bisher 3 Fälle berichtet — hält Verf. doch die Intratrachealnarkose für die sicherste bei Operationen im Gesicht und Hals, am Thorax und bei solchen, die eine Stellung erfordern, bei der die Atmung gestört werden kann. EMIL MAYER.

11) **J. Katz** (Leipzig). **Eine neue Stirnlampe.** *Med. Klinik. No. 2. 1916.*

An einer Stirnbinde kann eine elektrische Taschenlampe mit frontal angebrachter Glühbirne befestigt werden. Durch eine einfache Vorrichtung ist die Lampe beweglich gemacht, so dass der Lichtstrahl genau auf den zu untersuchenden Körperteil eingestellt werden kann. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

12) **Girard** (Genf). **Krebs des ganzen Gesichts, von einem Geschwür im Naseneingang ausgehend.** *Revue méd. de la Suisse romande. Sociétés. No. 6. 1915.*

Rapide Zerstörung der Gesichtshaut und des harten Gaumens und Perforation, starke Blutungen, bei einer 68jährigen Frau. JONQUIÈRE.

13) **Karl K. Koessler. Die spezifische Behandlung des Heufiebers mittelst aktiver Immunisation. (The specific treatment of hay fever by active immunization.)** *Illinois med. journ. XXVI. No. 2.*

Verf. betrachtet Heufieber als eine anaphylaktische Erscheinung, die bei besonders empfindlichen Individuen vorkommt. Die durch die erste Resorption von Pollenprotein hervorgerufenen Veränderungen sind derart, dass sie für die Zeit des Lebens andauern und sie können auch von Mutter auf Kind übertragen werden.

Er verwendet alkoholische Extrakte von Pollen in einer Lösung von 1:1000000 und zwar als maximale Anfangsdosis 1 ccm davon. Die Behandlung muss beginnen bevor noch Erscheinungen der Erkrankung auftreten. Die Empfänglichkeit und Resistenz werden durch die Dunbar'sche Ophthalmoreaktion bestimmt. Der Extrakt muss frisch bereitet werden. Verf. hat in den letzten 4 Jahren 41 Patienten mittels der Methode behandelt. EMIL MAYER.

14) **Kenneth E. Kellogg** (New Britain, Conn.). **Natrium bicarbon. gegen Heufieber. (Sodium bicarbonate in hay fever.)** *New York med. journ. 21. August 1915.*

Die Anwendung von Natr. bicarb. innerlich (3mal täglich einen Teelöffel voll) und eventuell noch als Spray für die Nase hat einer Reihe von Patienten geholfen. FREUDENTHAL.

15) **A. Kooyman** (Vlaardingen). **Zwei Fälle von Heufieber, bedeutend gebessert durch Vaccinotherapie,** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 9. S. 1266. 1915.*

In beiden Fällen war erfolgreich behandelt mit Pollenvaccin durch Sormani bereitet. Man muss frischbereitetes Vaccin verwenden. Verf. ist selbst einer der Patienten. VAN GILSE.

16) **Achard** und **Flandin. Heufieber.** Société médicale des hôpitaux, Sitzung vom 26. Juni 1914. *Berliner klin. Wochenschr. No. 35. S. 1603. 1914.*

Die Autoren haben in 2 Fällen von Heufieber Besserung erzielt durch Injektion des eignen Serums der Patienten unter die Haut. $^2/_{10}$ und 1 ccm bei einem Patienten, 1 ccm bei einem anderen. In der Diskussion (Martin) betont man, dass bei Injektion fremden Serums, das man in Amerika viel verwendet, 13 Todesfälle verzeichnet sind. R. HOFFMANN.

17) **R. A. Crooke. Behandlung des Heufiebers mittels aktiver Immunisation. (Treatment of hay fever by active immunization.)** *Laryngoscope. Febr. 1915.*

Es ist nicht richtig, das Wort „Heilung" bei den Resultaten dieser Behandlung anzuwenden, denn die einmal immun gemachten Fälle behalten nicht einen genügend hohen Grad von Immunität, um sie für das folgende Jahr zu schützen. Als Ausnahme von dieser Regel führt Verf. vier Fälle an, die vor einem bzw. zwei Jahren behandelt wurden, seitdem keine Behandlung durchgemacht haben und von allen Symptomen frei geblieben sind; dies trifft aber keineswegs für die Majorität der Fälle zu. Koessler teilt ebenfalls zwei hierher gehörige Fälle mit und Freeman spricht die Ansicht aus, dass die Immunität über ein Jahr lang vorhalten kann. Es ist jedoch im allgemeinen zutreffend, dass die in einer Saison

genügend immunisierten Fälle im folgenden Jahr schneller auf die Behandlung reagieren. Bei den im vergangenen Jahr behandelten 60 Fällen von Frühjahrskatarrh war das Resultat folgendes: Ausgesprochene Besserung bei 36, gebessert 19, nicht gebessert 5. Von den im Jahre 1913 behandelten 80 Fällen von Herbstkatarrh zeigten 25 pCt. ausgesprochene Besserung, 50 pCt. Besserung und 25 pCt. keine Besserung. Ueber die im Jahre 1914 spät behandelten Fälle lässt sich noch nichts mit Sicherheit sagen, da die Berichte noch nicht völlig eingelaufen sind. Die Immunisation ist beim Herbstkatarrh augenscheinlich schwieriger, was Verf. darauf zurückführt, dass zu dieser Zeit weit grössere Pollenmengen in der Luft vorhanden sind, dass der Pollen einen grösseren Grad von Toxizität besitzt und infolgedessen auch ein höherer Grad von Immunität erforderlich ist.

Zum Schluss weist Verf. auf die Gefahr der Anaphylaxie hin. EMIL MAYER.

18) **Harold Hays** (New York). **Versuche mit Autoserum in der Behandlung des Heufiebers. Das Verhalten der Anaphylaxis und Eosinophilie zum Heufieber. Allgemeine Uebersicht über neuere Methoden der Behandlung. (Experiments with autoserum in the treatment of hay fever. The relation of anaphylaxis and eosinophilia to hay fever. A general survey of new methods of treatment.)** *Annals of otology. Juni 1915.*

Auf Grund günstiger Berichte über die Behandlung mancher Dermatosen mit Autoserum und fernerhin gestützt auf die Tatsache, dass gewisse anaphylaktische Reaktionen vorhanden sind sowohl bei Psoriasis und anderen Dermatosen, wie beim Heufieber und Asthma, und dass eine starke Eosinophilie wiederum anzutreffen ist bei beiden Reihen von Krankheiten, fing Hays seine Versuche mit Autoserum an. Er behandelte so 12 Fälle, aber mit einem absolut negativen Resultate.

Verf. ist der Ansicht, dass Heufieber ein anaphylaktischer Zustand ist, und weist wiederum auf die Aehnlichkeit experimentell erzeugter Anaphylaxis bei Tieren und der Serumkrankheit beim menschlichen Asthma hin. Zum Schluss gibt Verf. eine gute Uebersicht über einige Behandlungsmethoden. FREUDENTHAL.

19) **J. L. Goodale** (Boston, Mass.) **Die Pollentherapie bei Heufieber. (Pollen therapy in hay fever.)** *Annals of otology. Juni 1915.*

Auf Grund sehr eingehender und interessanter Studien kommt Verf. zu folgenden Schlusssätzen:

Durch serobiologische Studien wurde die phylogenetische Verwandtschaft der verschiedenen Pflanzenfamilien erwiesen. Die Anwendung dieser Entdeckung auf die Behandlung des Heufiebers durch Injektion von Pflanzenproteiden verspricht von grossem Nutzen zu sein bei der Auswahl des speziellen Materials für jeden Fall.

Bestimmte Reaktion trat ein, wenn die Pollen in Berührung mit einer Hautabschilferung gebracht wurden. Wiederholte Applikation vermindert die Intensität der Hautreize. Mit dieser Verminderung geht Hand in Hand eine scheinbar vergrösserte Toleranz der Schleimhäute gegen die betr. Pollen. Diese ganze Therapie verspricht viel für die Zukunft, augenblicklich aber lässt sich noch nichts Bestimmtes darüber sagen. FREUDENTHAL.

20) **E. Schmiegelow. Beitrag zur operativen Behandlung der Hypophysenleiden.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 30.*

27jährige Patientin mit Akromegalie, Kopfschmerzen, auf dem rechten Auge völlig erblindet, auf dem linken Auge temporale Hemianopsie; Röntgenaufnahme ergibt kolossale Vergrösserung der Dimensionen der Sella turcica. Eröffnung der Sella turcica nach vorheriger Eröffnung der Nasenhöhlen durch Aufklappen der äusseren Nase und Dislokation des rechten Nasenbeins; die Operation wurde in Chloroformnarkose unter peroraler Tubage gemacht. Es ergab sich eine Geschwulst der Hypophysis, von welcher Teile mit dem scharfen Löffel entfernt wurden. Das unmittelbare Ergebnis war befriedigend, insofern Pat. von ihren Kopfschmerzen befreit wurde und die Sehkraft gleich nach der Operation normal wurde. Innerhalb 8 Tage war die Nase ohne jede Entstellung festgewachsen. Nach 5 Wochen sehr schnell Exitus unter Erscheinungen von Meningitis. Die Sektion ergab jedoch keine eiterige Meningitis, dagegen ein starkes Hirnödem, wahrscheinlich verursacht durch den Druck der Hypophysengeschwulst auf die Basalnerven des Gehirns.

FINDER.

21) **Edward C. Sewall** (San Francisco, Cal.). **Die Hypophysenoperation nach Hirsch. (Operation on the hypophysis according to Hirsch's method.)** *Journ. amer. med. assoc. 21. August 1915.*

Die Anzahl dieser hochinteressanten Fälle ist sehr gering in den Vereinigten Staaten; aber selbst bei diesem genau beobachteten und operierten Falle ist Verf. schliesslich noch im Zweifel, ob es sich nicht doch um Lues gehandelt haben mag.

FREUDENTHAL.

22) **John J. Sullivan. Die Untersuchung von 106 Fällen von Entzündung der Nebenhöhlen der Nase, den Wert der planmässigen Untersuchung zeigend. Beschreibung gewisser intranasaler Operationsmethoden.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Bei der intranasalen Entfernung der nasalen Wand der Kieferhöhle warnt Verf. davor, zu weit nach hinten den Knochen zu entfernen, da man so in Gefahr komme, den Canalis palatinus posterior anzuschneiden, mit Verletzung der Arteria palatina descendens und so, in versteckter Lage, eine schwer zu stillende Blutung hervorzurufen. Dicker- und Festerwerden des Knochens nach hinten zu zeige die Nähe des Kanals an. Eine solche Eröffnung des Canalis palatinus posterior ist anatomisch wohl möglich, und eine schwere Spätblutung nach der Resektion der nasalen Kieferhöhlenwand, welche zur Kenntnis des Ref. gekommen ist und die Unterbindung der Carotis externa benötigte, ist wohl auf diese Weise entstanden.

Sonst enthält der Aufsatz dem Spezialarzte Bekanntes. O. FREER.

23) **Elschnig** (Prag). **Ueber die Bedeutung der Nasenhöhlenaffektionen in der Pathologie des Auges.** *Nach einem Vortrage im Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen.*

Nach der Art des Zusammenhanges sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden. Zunächst werden jene Augenerkrankungen erwähnt, die durch eine Art Fernwirkung des Nasenleidens auf das Auge entstehen, vor allem die Iridocyclitis.

Zur zweiten Gruppe zählt E. die Fälle, in denen die Orbitalgebilde (einschliesslich die tränenableitenden Organe) und der Sehnerv durch indirekte Kompression von Seiten erweiterter Nebenhöhlen (Mukocele) oder durch Uebergreifen der Entzündung von der entzündeten Nebenhöhlenschleimhaut aus beeinträchtigt werden. Häufiger als die Mukocele der verschiedenen Nebenhöhlen, die zur tumorartigen Vorwölbung bzw. Verdrängung des Auges führt, sind die entzündlichen Affektionen, hinsichtlich derer das Material Elschnig's in der Hälfte der Fälle eine zur Tränensackblennorhöe Anlass gebende Erkrankung der vordersten Siebbeinzellen ergibt.

Die häufigsten und schwersten Komplikationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen bilden die konsekutiven Sehnervenerkrankungen, bei denen der ophthalmoskopische Befund in keiner Weise pathognomonisch zu sein braucht. Der Exophthalmus ist meist gering, auch die meist auf Reizung des Periosts an der Spitze der Orbita zurückzuführenden Schmerzen sind nicht charakteristisch, da analoge Schmerzen bei Infektionskrankheiten, insbesondere Influenza vorkommen. Ein wertvolles Symptom ist die bei einseitiger Sehnervenaffektion fast regelmässig beobachtete leichte Mydriase bei meist erhaltener, aber fast immer etwas unausgiebiger Reaktion der Pupille.

Die diagnostischen Schwierigkeiten kommen namentlich dann in Betracht, wenn es sich um Kombination von Nasennebenhöhlenaffektionen mit anderen (Nerven-) Erkrankungen handelt.

Von Komplikationen, die neben der Nasennebenhöhlenaffektion in manchen Fällen die Diagnose verwischen, kommt zumeist Lues in Betracht, die in E.'s Material in 5 von 35 Fällen von Sehnervenerkrankung durch Anamnese und Wassermannreaktion nachgewiesen wurde. Da die ätiologische Bedeutung der Lues für die Entstehung der Nasennebenhöhlenaffektionen und für Tabes wohl bekannt ist, erklärt sich, dass in E'.s Material auch derartige kombinierte Erkrankungen viel häufiger vorkommen, als sie heute noch im allgemeinen diagnostiziert werden. Einer dieser Fälle wurde in der med. Klinik, No. 9, 1911, mitgeteilt.

Bezüglich der Häufigkeit der Nasennebenhöhlenaffektionen als Ursache von Sehnervenerkrankungen ergibt sich, dass 15 pCt. aller Sehnervenerkrankungen, die überhaupt E.'s Material zählt, durch Nasennebenhöhlenaffektion entstehen. Im Hinblick darauf empfiehlt der Vortragende, in allen Fällen von Sehnervenaffektionen, in denen eine Nasenaffektion nicht mit Sicherheit auszuschliessen ist, nach gründlichster Untersuchung der Nasennebenhöhlen eine probatorische Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen oder der Keilbeinhöhle vorzunehmen. STEINER (PRAG).

24) **M. Paunz. Beitrag zu den Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach.** *Zeitschr. f. Kinderheilk. No. 30. 1914.*

Leichte Erkrankungen der Highmorshöhle und des Siebbeins sind beim Scharlach häufig, aber harmlos. Sobald sich aber entzündliche Hautödeme, hochgradige Druckempfindlichkeit und hohes Fieber einstellen, sind solche Affektionen nicht mehr als ungefährlich zu betrachten. Oedem am inneren Augenwinkel entspricht einer Erkrankung der Siebbeinzellen, weit nach oben bis über das Stirn-

bein sich erstreckendes Oedem weist auf die Stirnhöhle hin, Oedem des unteren Augenlides auf die Highmorshöhle. Der weitere Verlauf führt zu subperiostalem Abszess, eventuell zu Knochenfistel mit Sequestrierungen. Die Prognose der Stirnhöhleneiterung ist im allgemeinen schlechter als die der Kieferhöhle und des Siebbeins, im ganzen ist sie aber bei rechtzeitig ausgeführtem operativem Eingriff gut.

FINDER.

25) **Karl Kofler** (Wien). **Perseptale Operationen an der lateralen Nasenwand.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1914.*

Um die laterale Nasenwand zwecks gewisser Operationen en face einstellen zu können, macht Verf. eine temporäre Oeffnung im Septum und operiert dann von der gesunden Seite aus unter günstigeren Bedingungen. HANSZEL.

26) **A. Lautenschläger. Plastischer Verschluss der radikal operierten Kieferhöhle.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 218.*

Verf. gibt eine Plastik an, um die nach Fortnahme der ganzen fazialen Wand bleibende breite Oeffnung zu schliessen. Er hat das Verfahren in 14 Fällen angewandt; in 2 Fällen misslang es wegen kariöser bzw. stark in die Höhle vorspringender Zähne, in allen anderen gab es ein vollendetes Resultat. FINDER.

27) **Harvard McNaught** (San Francisco). **Intranasale Operationen am Antrum Highmori. (Intranasal antrum operations.)** *Journ. amer. med. assoc. 4. September 1915.*

In 2 Jahren 9 Monaten operierte Verf. 90mal (!) die Kieferhöhle, und zwar meist nach einer Methode, die der Krause'schen ähnlich ist. Er behielt die Pat. 8 Monate nach der Operation in Behandlung, und konnte so genau den Zustand derselben verfolgen. Nur in 4 Fällen war die Wiedereröffnung und radikale Operation notwendig. Bei der sich anschliessenden Diskussion gingen die Ansichten über die Operation weit auseinander. FREUDENTHAL.

28) **E. Wüstmann. Ein Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 221.*

Der Fall betraf ein 2jähriges Kind und wurde durch Operation geheilt.

FINDER.

29) **B. Müller. Zur Pathogenese und Therapie der Nasenrachenfibrome.** Aus der Abt. für Nasen-, Hals- u. Ohrenkrankh. der städt. Krankenanstalten Dortmund (Oberarzt: San.-Rat Dr. Hansberg). *Zeitschr. f. Ohrenheilk. und f. die Krankh. der Luftwege. Bd. 70. S. 145. 1914.*

Die Arbeit gibt einen Ueberblick über die Entstehungstheorien der Nasenrachenfibrome. Meist breitbasig aufsitzend, derb in ihrer Konsistenz und reich an Blutgefässen, sind sie streng von Pseudonasenrachenpolypen zu trennen, weshalb es sich empfehlen würde, den Ausdruck „Polypen" für sie fallen zu lassen. Trotz ihrer anatomisch gutartigen Natur sind sie wegen ihres raschen Wachstums und ihrer Neigung zu Blutungen und zu Druckusuren zu fürchten. Wenn auch zweifellos spontane Rückbildungen vorkommen, so ist das von mancher Seite empfohlene abwartende Verhalten bedenklich, auch dann, wenn das Alter des Patienten schon

der mutmaasslichen Immunitätsgrenze nahe ist, zumal sich diese auch nicht annähernd festsetzen lässt. An Hand einer Zusammenstellung der Erfolge, welche durch die verschiedenen chirurgischen Methoden (nasale, bukkale, faziale) erzielt wurden, zeigt Verf., dass hierbei mindestens 5,2 pCt. Todesfälle meist durch Verblutung sich ereigneten und 9 pCt. unvollständige Operationen und Rezidive vorkamen. Vor allem sind es Hansberg und Hopmann, die auf die Möglichkeit der Entfernung auf natürlichem Wege hinwiesen. Es werden die Krankengeschichten von sieben Fällen gebracht, bei denen Hansberg mit der Schäffer-schen Zange den mehr oder minder grossen Tumor mit gutem Erfolg von der Nase aus entfernte. Niemals erfolgte eine übermässig starke Blutung, nur einmal musste retronasal tamponiert werden. Jedenfalls ist die Gefahr der Blutung bei diesem Verfahren keineswegs grösser als bei den zu den chirurgischen Methoden nötigen grossen Voroperationen; Todesfälle sind hierbei in der Literatur überhaupt noch nicht bekannt.

Die Elektrolyse hat den Nachteil grosser Langsamkeit, die Gefahr nachfolgender Blutungen und phlegmonöser Prozesse. Aehnliche Bedenken stehen dem galvanokaustischen Verfahren entgegen. Ueber das neuerdings versuchte Fibrolysin und die Anwendung der Diathermie ist noch wenig bekannt. KOTZ.

30) **Karassik. Beiträge zur Histologie der hyperplastischen Rachentonsille.** *Dissert. Bern 1914.*

Mitteilung der histologischen Untersuchung von 10 Rachenmandeln. Tuberkulose war in keinem Falle nachweisbar. OPPIKOFER.

31) **J. A. Boonaeker** (Groningen). **Adenotomie mit oder ohne Narkose oder Lokalanästhesie?** *Nederl. Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwennähten en voor Kindergeneeskunde. IV. No. 5. S. 286.*

Behandlung des Themas für den allgemeinen Praktiker. Narkose gebrauche man nur bei durchaus unbehandelbaren und bei äusserst nervösen Kindern; Lokalanästhesie wende man nur bei Erwachsenen an, nach Rupert's Methode. Sonst operiere man ohne Anästhesie. VAN GILSE.

32) **William Brady** (Elmira, N. Y.). **Erfolglose Operationen bei adenoiden Wucherungen. (Unsuccessful adenoid operations.)** *New York med. journ. 17. Juli 1915.*

Die Ursache von adenoiden Vegetationen ist nicht zu selten eine chronische Rhinitis. Es wäre wünschenswert, wenn man zuerst diese behandeln würde. Dann verschwänden die Wucherungen oft von selber. FREUDENTHAL.

c) Mundrachenhöhle.

33) **Robert Levy. Leukoplakia buccalis et lingualis.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Eine vollständige Uebersicht der Literatur mit Bericht eines Falles von Leukoplakie der Gaumenschleimhaut des Unterkiefers mit Ausgang in Carcinom. Dieses wurde durch Resektion des Unterkiefers entfernt. Das Carcinom kam nicht

wieder, es bildete sich aber ein neuer Leukoplakieherd im Lippenwinkel in der Form eines Papilloms.

L.'s Schlussfolgerungen sind: Die nicht syphilitische Art der Leukoplakie ist als eine begründete pathologische Einheit zu betrachten.

Unsere gegenwärtige Kenntnis des Wesens des Krebses macht die ältere Ansicht von einer Möglichkeit der Entartung der Epithelzellen des leukoplakischen Herdes in Carcinomzellen unhaltbar. Krebs ist Krebs von Anfang an, reizende Zustände wie Leukoplakie begünstigen nur die Entwicklung des Krebses. In dieser Hinsicht ist Leukoplakie als sehr gefährlich zu betrachten. Die Behandlung der Leukoplakie leistet wenig. Das beste Mittel ist die Fulguration. OTTO FREER.

34) **Linck. Ueber die Genese der Bursa pharyngea embryonalis.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 158.*

Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund von Untersuchungen, die er an Föten von verschiedener Scheitelfusslänge vornahm, und auf Grund einer Kritik der bisher von anderen Untersuchern (besonders Froriep und Killian) ausgesprochenen Ansichten gelangt, sei hier nur das Wichtigste hervorgehoben:

Bei einer gewissen Anzahl von Föten von 2 cm Scheitelfusslänge findet sich eine gewebliche Verbindung von geringer flächenhafter Ausdehnung zwischen der Chorda dorsalis und der Rachenoberfläche; diese stets an einer typischen Stelle gelegene Verbindung bringt im Verein mit dem Dickenwachstum der Rachenhaut und dem ungleichmässigen Längenwachstum des Os basilare einen Mechanismus zustande, welcher bewirkt, dass der aufsteigende Chordaschenkel auf die Schleimhautoberfläche einen elastischen Zug ausübt und eine kaudalwärts gerichtete Epithelausstülpung, die Bursa pharyngea embryonalis hervorbringen kann. Die zunehmende Spannung und die gesetzmässige Atrophie führen früher oder später zum Zerreissen des Chordastranges. Von der Haltbarkeit des Chordagewebes im aufsteigenden Schenkel und der Dauer des elastischen Zuges hängt es ab, ob eine Schleimhauteinstülpung überhaupt zustande kommt und ob dieselbe flach oder tief ausfällt. Für die Entscheidung, ob eine Schleimhautgrube am Rachendach als gelegentlicher Recessus oder als selbständige Bursa pharyngea anzusehen ist, ist nicht die Länge der Schleimhautgrube, sondern nur ihre Lage an typischer Stelle und ihre Beziehungen zur Chorda dorsalis maassgebend. Die Bursa pharyngea ist eine Bildung sui generis von anatomischer Selbständigkeit und gehört in ihrer eigentlichen reinen Form dem Embryonalleben an. Ihr späteres Schicksal ist mit Sicherheit nicht zu verfolgen, da durch die Ausbildung und Umbildung, welche die Rachentonsille und deren Umgebung in physiologischem und pathologischem Sinne erfährt, auch eine mehr oder weniger weitgehende Umwandlung der Bursagegend bewirkt wird. Es empfiehlt sich daher, für alle bursaähnlichen Gebilde am Lebenden, dem Vorschlag Killian's entsprechend, die Bezeichnung Recessus pharyng. medius zu wählen. FINDER.

35) **C. C. Bass** und **F. M. Johns. Pyorrhoea dentalis und alveolaris; ihre spezifische Ursache und Behandlung. (Pyorrhea dentalis and alveolaris; specific cause and treatment.)** *Journ. amer. med. assoc. 13. Februar.*

Die Pyorrhoe ist — praktisch genommen — eine Allgemeinkrankheit, die

durch einen langwährenden Eiterprozess zum Verlust der Zähne führt; die spezifische Ursache der Krankheit, an der alle Menschen früher oder später leiden, ist die Entamoeba buccalis, vielleicht auch noch andere Mikroorganismen, die das Peridont infizieren. Die nachweisbaren Entamoeben können durch 5—6 Tage hintereinander gemachte subkutane Einspritzungen von Emetin. hydrochlor. zum Verschwinden gebracht werden, ebenso durch 3mal tägliche Verabreichung per os von „Alcresta ipecac Tabletten (Lilly)“. Die Behandlung muss von Zeit zu Zeit wiederholt werden, bis alles geheilt ist. Ausspülung des Mundes mit einer Lösung von Fluidextrakt der Ipecacuanalösung schützt in gewissem Umfange gegen Reinfektion.

EMIL MAYER.

36) **W. N. Clemm** (Rothenburg, O.-L.). **Ein Fall tödlich verlaufener Alveolarpyorrhoe des Unterkiefers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. S. 102. 1915.*

Krankengeschichte und Sektionsbefund eines 37 Jahre alten Mannes, bei dem eine einfache Alveolarpyorrhoe des Unterkiefers eine tiefgreifende eitrige Einschmelzung des Kieferknochens bewirkte und trotz reichlicher Entleerung des Eiters nach aussen zu tödlicher Septikopyämie führte.

R. HOFFMANN.

37) **Robert Abbe** (New York). **Krebs des Mundes. (Cancer of the mouth.)** *New York med. journ. 3. Juli 1915.*

Um auszufinden, ob das Rauchen, wie häufig behauptet wird, eine Ursache von Carcinom sei, untersuchte Verf. 100 Fälle von Carcinom des Mundes. Unter diesen waren 10 Frauen und 90 Männer. Bei fast allen Männern und einer Frau wurde der Tabak als Ursache konstatiert.

FREUDENTHAL.

38) **W. J. Coughlin. Zungensarkom; eine Studie über die publizierten Fälle nebst Bericht über zwei neue Fälle. (Sarcoma of the tongue; a study of the published cases with reports of two new cases.)** *Journ. amer. med. assoc. 23. Januar 1915.*

Bisweilen ist es selbst unter Aufbietung aller differentialdiagnostischer Mittel nicht möglich, mit Sicherheit die Diagnose zu stellen, bevor nicht eine Probeexzision mit mikroskopischer Untersuchung gemacht ist. Das Stück zur Probeexzision soll möglichst dem Rande der Geschwulst entnommen werden, damit man möglichst gleichzeitig gesundes und krankes Gewebe in den Schnitt bekommt. Sich selbst überlassen, verläuft das Zungensarkom stets tödlich. Von 25 Fällen, bei denen die Operation vorgenommen wurde, lebten elf ohne Rezidiv von sechs Monaten bis 13 Jahre. In 13 Fällen trat Rezidiv ein und zwar erfolgte es bei drei „in kurzer Zeit“ und vier blieben länger als zwei Jahre gesund. Bei einem dieser vier Fälle trat das Rezidiv nach drei Jahren, in einem anderen $3^1/_2$ Jahre nach der Operation ein. In neun Jahren handelte es sich nur um ein lokales Rezidiv, in einem ausschliesslich um ein solches der regionären Drüsen, während bei vier das Rezidiv sowohl in loco wie in den Drüsen auftrat. Alle 13 Patienten gingen an dem Rezidiv zugrunde.

Von den Patienten mit Rundzellensarkom blieben nur vier von 13 länger als drei Jahre gesund; von denen mit Spindelzellsarkom waren nach zwei Jahren nur zwei von zwölf rezidivfrei und zwar war der eine vor vier, der andere vor acht Jahren operiert worden.

In dem ersten der beiden Fälle des Verf.'s wurde ein V-förmiges Stück der Zunge mit dem Tumor entfernt; Verf. verlor den Pat. kurze Zeit nach der Operation aus dem Gesicht. Im zweiten Falle wurde die Wange bis zum Masseter auf der kranken Seite gespalten und eine Modifikation des Whitehead'schen Verfahrens zur Entfernung der halben Zunge angewandt. In der ersten Woche danach wurde mit der Anwendung der Coley'schen Flüssigkeit begonnen, mit welcher zur Zeit dieser Veröffentlichung noch fortgefahren wurde; gleichzeitig werden einmal im Monat grosse Dosen von Röntgenstrahlen angewandt. Patient hat an Gewicht elf Pfund zugenommen und fühlt sich vollkommen wohl. EMIL MAYER.

39) **Sticker. Geheilter Fall von Zungenkrebs nach Radiumbehandlung.** Berliner med. Gesellsch., Sitzung vom 20. Oktober 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. S. 1175. 1915.*

Markstückgrosse, hutpilzförmige Geschwulst mit centraler kraterförmiger Geschwürsöffnung an der linken Seite der Zungenspitze bei einem 54jährigen Stationsschaffner. Zunge unbeweglich, leichter Druck schmerzhaft. Keine Drüsenschwellung. Mikroskopisch typisches Plattenepithelcarcinom. Heilung nach fünf 12stündigen Sitzungen und einem Monat nach der ersten. Heilung (Zunge normal, beweglich, ohne Schmerzen) dauert jetzt drei Monate an. R. HOFFMANN.

40) **H. Coenen** (Breslau). **Hypernephrom des Zungengrundes.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. S. 1626. 1914.*

Seltener Fall eines Hypernephroms am Zungengrund bei einer 62jährigen Frau. Frühjahr 1913 wurde eine Schwellung an der Zunge bemerkt, die das Schlingen erschwerte, indem die Speisen auf der rechten Zungenhälfte nicht recht herabgleiten wollten. April 1914 nahmen die Schlingbeschwerden zu und vergesellschafteten sich mit Störungen der Atmung durch den Mund. Auf der rechten Hälfte der Zungenbasis wallnussgrosser Tumor, der als glasiges graugelbes Gebilde aus dem roten Zungenfleisch hervorragt, eine harte Konsistenz hat, zum Teil im Zungenfleisch liegt und nicht erheblich ulzeriert ist. Wassermann negativ. An den Abdominalorganen, insbesondere im Bereiche der Nieren keine krankhaften Veränderungen nachweisbar. Operative Entfernung. Am Präparat ist das weissliche Geschwulstgewebe scharf gegen die Zungenmuskulatur abgesetzt, ragt zum grösseren Teil knospenartig über die Zungenoberfläche hervor und schickt einen zapfenartigen Fortsatz in das Zungenfleisch. Die Ulzeration an der Oberfläche rührt möglicherweise von einer anderswo ausgeführten Probeexzision her. Mikroskopisch der für Nebennierentumoren charakteristische Bau. R. HOFFMANN.

41) **G. Brat** (Rotterdam). **Cylindrom der Wangenschleimhaut.** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 16. S. 1882. 1915.*

Kurze Mitteilung eines Falles. VAN GILSE.

42) **Wilhelm Vogelgesang. Ueber multiple Sarkome des Rachens.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 330.*

Mitteilung zweier Fälle, beide junge Männer von 23 bzw. 27 Jahre betreffend. Im ersten Fall drei Tumoren, deren Sitz hintere Rachenwand und rechte Tonsille war, im zweiten Fall war die Hauptmasse der Geschwulst am weichen Gaumen

und ein kleinerer primärer Herd im Nasenrachenraum. In beiden Fällen handelte es sich um Rundzellensarkom. Beide Fälle endeten infolge Geschwulstkachexie und der durch Dysphagie behinderten Nahrungsaufnahme schnell tödlich. Im ersten Fall war anfangs die Diagnose auf luetische Bildungen gestellt worden; der Misserfolg der spezifischen Behandlung und das Ergebnis der Probeexzision führten auf die richtige Diagnose.

FINDER.

43) **Polanski. Pharyngo-laryngeale Ulzerationen pneumokokkischen Ursprungs. (Pnypadek owrodtein gardteli wy wotanych pner pneumokoki.** *Gazeta Lekarska. No. 44.*

Bei einer 34jährigen Frau, welche an akutem Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber litt, fand Verf. auf der hinteren Pharynxwand, Epiglottis und aryepiglottischen Falten, ausgebreitete Geschwüre mit grauem Belage, von welchen typische Kulturen von Pneumokokken angelegt wurden. Es bestand starke Dysphagie. Nach einigen Wochen vollständige Genesung.

v. SOKOLOWSKI.

44) **Aurelius Réthi. Ueber Hypopharyngoskopie.** Mit 3 Textfiguren. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 2. S. 437. 1915.*

Zur Untersuchung des Hypopharynx hat Verf. ein neues Instrument angegeben, den Hypopharynxdistraktor, mit welchem es gelingt, sowohl auf die Hinterwand des Pharynx, wie auf die des Larynx einen in entgegengesetzter Richtung ausgeführten Druck auszuüben, ähnlich, wie dies Gerber mit seinem Spatel erreicht. Auch wird noch eines Instrumentes zur Distraktion des Larynx und des Recessus pyriformis Erwähnung getan zur Spreizung der Glottis und des Recessus pyriformis, letzterer um den oberen Kehlkopfnerven anzuspannen, wodurch es möglich wird, den sich plastisch emporhebenden Nerven mit einem vom Verf. angegebenen Quetscher bei etwaiger Dysphagie zu quetschen und so die Leistungsfähigkeit des Nerven aufzuheben.

B. BAGINSKY.

d) Diphtherie und Croup.

45) **Engelmann** (Hamburg). **Diphtheriebacillenträger und chronische Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 815. 1915.*

Die Eigenschaften des echten Diphtheriebacillus stehen noch nicht fest. Man kann bei sicherer Diphtherie trotz mehrerer Abstriche keine Diphtheriebazillen finden aus verschiedenen Gründen — es kann auch an der Art des Abstreichens liegen.

Es herrscht noch keine Klarheit darüber, wie weit die sogenannten Bazillenträger die Krankheit wirklich verbreiten und vor allem, welche von diesen. Wir wissen nur, dass der Löfflerbacillus eine der Ursachen der Diphtherie ist, und wir können einen Bacillus, der einigermaassen den Bedingungen entspricht, und im Abstrich einer echten Diphtherie gefunden wird — als Diphtheriebacillus ansprechen. Eine grosse Zahl sogenannter Bazillenträger hat eine engbegrenzte Diphtherie am oberen Mandelpol. Viel häufiger als im Rachen fand Verf. bei seinem Material Diphtheriebazillen in der Nase — auch im Alter kommen sie öfters vor.

Wir sehen — besonders bei Kindern — nur den allerkleinsten Teil der Schleimhaut, der vielleicht erkrankt ist und die Bazillen liefert. Daher auch das elende Resultat der Behandlung. Seruminjektion bewirkt immer Besserung, in der Nase auch bei alten Fällen, jedoch keine Heilung. R. HOFFMANN.

46) **Groer** und **Kassowitz. Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen und das Verhalten des normalen Diphtherieantitoxins bei Müttern und Neugeborenen.** *Zeitschr. f. Immunitätsforschung und experiment. Therapie. Bd. 23. H. 1. 1915.*

In 84pCt. der Mütter und ihrer Neugeborenen war ein ganz beträchtlicher Normaldiphtherieantitoxingehalt im Serum nachzuweisen. Die Schutzkörper werden offenbar durch die Plazenta hindurch auf das Kind übertragen. Positiver Ausfall der intrakutanen Diphtheriereaktion ist kein Beweis für Mangel an Schutzkörpern, negativer Ausfall dagegen zeigt sicher Antitoxin im Blute an. FINDER.

47) **Comte** (Fribourg). **Scharlach mit echter Diphtherie. (Scarlatine avec diphtérie.)** *Revue méd. de la Suisse rom. Sociétés. No. 6. 1915.*

Zwei Fälle von echter Stäbchendiphtherie mit allgemeinen Lähmungen. JONQUIÈRE.

48) **Cuno** (Frankfurt a. M.). **Kehlkopfdiphtherie und ihre Behandlung.** *Fortschritte d. Med. 33. Jahrg. No. 3. 1915.*

Kommt ein Kind (in Dr. Christ's Kinderhospital) auch nur mit dem Verdacht auf Kehlkopfdiphtherie zur Aufnahme, so erhält es sofort Heilserum injiziert. Bei der foudroyanten Form der Diphtherie wird, wenn möglich, intravenös injiziert. Von inneren Medikamenten erhalten die Kinder sofort Apomorphinmixtur (0,02—0,03 : 100,0, etwa 2stündlich einen Kaffeelöffel) zur Erleichterung der Expektoration, ausserdem Exzitantien. Die Dauerintubation wird nicht mehr vorgenommen, dagegen die temporäre, d. h. jedes zu tracheotomierende Kind wird vor der Operation intubiert. Noch 10 Minuten Narkose und Tracheotomie. Am 3. Tage nach dem Eingriff Entfernung der Kanüle. SEIFERT.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

49) **J. de Bruin** (Amsterdam). **Ein Fall von Stridor inspiratorius congenitus.** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 18. S. 2069. 1915.*

Obgleich eine Thymushypertrophie in diesem Falle besteht, nimmt Verf. doch an, dass eine Missbildung des Kehlkopfs das Symptom verursacht, durch Formveränderung der Epiglottis, wie u. a. durch Ballin (Jahrb. f. Kinderheilk. 42. 1905. S. 808) angegeben wird. VAN GILSE.

50) **A. Onodi** (Budapest). **Probleme der Kehlkopfinnervation im Anschluss an Fälle vom Kriegsschauplatz.** Ungar. Akad. der Wiss., 15. Nov. 1915. *Orvosi hetilap. No. 47. 1915.*

Die bisherigen klinischen Beobachtungen gestatten beim Menschen die Bestimmung des zerebralen kortikalen Centrums noch nicht. Die Bezeichnung eines Centrums im hinteren Teile des unteren Gyrus frontalis ist bloss eine Annahme, welche klinisch und pathologisch noch nicht begründet worden ist. Es fragt sich

nun, ob die während des Krieges so massenhaft vorgekommenen Fälle von Schussverletzungen des Kopfes, des Gehirns und Eiterungen des Letzteren zur Klärung der offenen Fragen beitrugen? Verf. stellt mit Bedauern fest, dass bis jetzt eine jede Aufklärung fehlt. Das Semon'sche Gesetz konnte auch keine feste Basis erhalten, im Gegenteil, in einem Falle konnte die Medianstellung der Stimmlippen durch Ausschaltung der oberen sensiblen Nerven beseitigt werden. Von Seiten der psychogenen Störungen sind Epilepsie des Kehlkopfes, spastische und paralytische Aphonie und Stummheit als Folgen der Aufregungen des Krieges beobachtet worden. Die Innervationsstörungen infolge des Schrapnellluftdruckes zeigen sich in Störungen der Bewegungen der Stimmlippen und der Stimmbildung. Zum Schlusse wird die sogenannte Fernwirkung erwähnt, bestehend darin, dass ein in der Nähe der Nervenstämme penetrierendes Geschoss Lähmung verursacht hatte, ohne dass bei der Operation eine sichtbare Veränderung des Nervenstammes hätte nachgewiesen werden können.

Die Fälle vom Kriege haben also zur Klärung der Probleme der Innervation leider nicht beigetragen, sie haben die komplizierte Lehre der Kehlkopfinnervation nur noch komplizierter gemacht.

POLYAK.

51) **H. Pape. Funktionelle Stimmbandlähmung im Felde.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 11. S. 385. 1915.*

Bei 6 Patienten, welche unmittelbar aus der Front kamen, stellte Verf. eine funktionelle Stimmbandlähmung fest. Bei 2 war am nächsten Morgen die Stimme wieder normal, bei 2 anderen gelang während des Spiegelns zeitweilig Phonation. Bei 3 Fällen konnte ein Nervenshock (Explosion, Sturz in einen Wassergraben) als direkte Ursache festgestellt werden. Auch für die anderen Fälle sieht Verf. den Grund in psychologischen Traumen, denen vor allem die Infanteristen in den vordersten Linien ausgesetzt sind.

KOTZ.

52) **K. Blässig. Beitrag zur funktionellen Stimmbandlähmung im Felde.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 24. S. 835. 1915.*

Verf. reiht den von Pape (Münchener med. Wochenschr. No. 11) mitgeteilten Fällen von funktioneller Stimmstörung, die durch ein psychologisches Trauma ausgelöst wurde, einen weiteren an. Es handelt sich hier um einen Matrosen, der mehrere Male nach den Aufregungen eines Gefechtes vollkommene Heiserkeit zeigte.

KOTZ.

53) **O. Kömer** (Rostock). **Ueber bulbäre Kehlkopflähmungen. Alte und neue Beiträge zur Kritik des sogenannten Rosenbach-Semon'schen Gesetzes.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 198.*

Verf. will in dieser Arbeit, wie in einer bereits früher erschienenen beweisen, dass das Rosenbach-Semon'sche Gesetz für die bulbären Kehlkopflähmungen nicht zutrifft. Die Gültigkeit des Gesetzes für die Stammlähmungen des Rekurrens bestreitet er nicht; er findet dafür ein Analogon in gewissen Lähmungen des Okulomotoriusstammes, bei denen ebenfalls die Lähmung der zugehörigen Muskeln in einer bestimmten Reihenfolge auftritt. Aber ebenso wie bei Kernlähmungen des Okulomotorius ganz verschiedenartige Bilder auftreten, die von jener gesetz-

mässigen Reihenfolge nichts erkennen lassen, so zeigen auch die bulbären Vagusrekurrenslähmungen nichts von der Gesetzmässigkeit einer Auswahl und Reihenfolge der betroffenen Muskeln, wie sie den Stammlähmungen beider Nerven zukommt. Verf. wendet sich gegen A. Kuttner und Grabower, die gegen die Beweiskraft des Analogons am Okulomotorius Einwände erhoben haben, und sucht an der Hand der in der Literatur verzeichneten Kasuistik nachzuweisen, dass kein Fall einer sichergestellten rein bulbären Lähmung vorhanden sei, der für die Gültigkeit des Semon'schen Gesetzes bei solchen Lähmungen spreche. Die Fälle von tabischer Kehlkopflähmung hält Verf. nicht für beweiskräftig, da man (A. Cahn) bei der grössten Mehrzahl von ihnen ausschliesslich Veränderungen an den peripheren Nerven gefunden habe und auch bei nachgewiesenen Kernveränderungen die periphere Nervendegeneration oft überwiegt. Verf. lässt dann noch die klinisch und anatomisch untersuchten Fälle von Bulbärparalyse, Syringobulbie und akuten Bulbärkrankheiten Revue passieren, um seine Behauptung zu stützen, dass keine von ihnen für die Gültigkeit des Semon'schen Gesetzes spreche.

FINDER.

54) **Wolff. Komplette Rekurrenslähmung links nach Schrapnellverletzung.** Militärärztl. wissenschaftl. Abend Ingolstadt, Sitzung vom 8. Mai 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. S. 1055. 1915.*

Die Kugel war durch die seitlichen Halsmuskeln dicht oberhalb des Schlüsselbeins eingedrungen, dann offenbar vom Kehlkopf abgelenkt worden und im Jugulum dicht unter der Haut zu fühlen.

R. HOFFMANN.

55) **H. E. Miller** (St. Louis). **Bilaterale periphere Paralyse der Musculi cricoarytaenoidei postici.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Bd. 7. S. 685. 1915.*

Mitteilung eines Falles von beiderseitiger Postikuslähmung bei 30 Jahre altem Arzt, die innerhalb weniger Jahre, jedesmal im Anschluss an Laryngitis, dreimal auftrat und dann jedesmal wieder zurückging. Anzeichen einer centralen Nervenerkrankung fehlten.

OPPIKOFER.

56) **J. Garel. Intermittierendes Hinken des Kehlkopfes und des rechten Beines. (Claudication intermittente du larynx et de la jambe droite.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 6. 1914.*

Verf. hat bereits 1896 die Vermutung ausgesprochen, dass in Fällen von intermittierender Parese des Gaumensegels diese Affektion in Parallele zu setzen sei mit dem intermittierenden Hinken. Verf. berichtet in vorliegender Arbeit über einen Fall, der einen seit fünf Jahren an intermittierendem Hinken des rechten Beines leidenden Priester betrifft und der eine eigentümliche Stimmstörung aufwies. Wenn er einige Worte gesprochen hat — ungefähr nach 10 Sekunden — erlischt die Stimme allmählich und schliesslich tritt völlige Aphonie ein. Er wartet dann einige Augenblicke, um die Stimmbänder ruhen zu lassen, und beginnt wieder mit lauter Stimme zu sprechen, als ob nichts vorgefallen wäre, dann erlischt die Stimme wieder, und so wechselt Aphonie und normale Stimme. Fängt Pat. an zu zählen, so ist bei 20 die Aphonie eine vollständige; geht er aber beim Zählen umher und ist seine Aufmerksamkeit abgelenkt, so tritt die Aphonie erst

bei 50 ein. Es bestehen ausserdem Akkommodationsstörungen, die auch den intermittierenden Charakter haben.

Verf. zitiert noch einen Fall von Goldstein (1908), in dem intermittierende Parese eines Beines, eines Armes, der Augenmuskeln und des Larynx vorhanden war.

Was den laryngologischen Befund, den Verf. bei der einzigen ihm möglichen Untersuchung des Pat. erheben konnte, anbelangt, so sah man, wenn die Aphonie eingetreten war und der Pat. versucht zu phonieren, dass die Stimmbänder einen elliptischen Spalt zwischen sich liessen (Lähmung der Thyreo-aryt. interni).

Zum Schluss weist Verf. auf die klinische Aehnlichkeit hin, die zwischen der Myasthenia bulbo-spinalis und dem intermittierenden Hinken besteht.

FINDER.

57) **W. Löffler** (Basel). **Polyneuritis alcoholica mit einseitiger Zwerchfell- und Stimmbandlähmung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. S. 1308. 1915.*

29jähriger Potator mit Lähmung beider Beine, besonders des linken, mit linksseitiger kombinierter Lähmung von Radialis und Ulnaris, linksseitiger Rekurrens- und linksseitiger Phrenikuslähmung. Bemerkenswert ist die eigentümliche Lokalisation der Lähmungen und die Heilung des Falles, insofern als im allgemeinen Polyneuritis mit Beteiligung von Vagus und Phrenikus prognostisch als sehr ungünstig anzusehen ist.

R. HOFFMANN.

58) **G. Wüstmann. Einseitige traumatische Lähmung aller durch das Foramen jugulare austretenden Nerven: Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 43.*

Es handelte sich um eine Patientin, die zwei Wochen vor der Aufnahme in die Klinik durch Schläge auf den Kopf und die linke Schulter schwer gemisshandelt worden war. Es bestand linksseitige motorische Schlundlähmung, sowie linksseitige Geschmackslähmung auf dem hinteren Abschnitt der Zunge, ebenso waren alle Zweige des Accessorius gelähmt; auf die Verletzung des Vagus war zu beziehen: linksseitige motorische und sensible Schlund- und Gaumenlähmung, sensible Lähmung des Kehlkopfes, motorische Lähmung aller vom N. recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln. Alles deutet auf eine Schädigung der Nerven an der einzigen Stelle, wo sie dicht nebeneinander liegen, im Foramen jugulare; jedenfalls lag die Schädigung centralwärts von der Abzweigung des Ramus laryngeus superior, da dieser von ihr nicht mitbetroffen war.

FINDER.

59) **Binswanger** (Jena). **Kriegsneurologische Krankenvorstellungen.** *Korr.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen, 11. Dezember 1915.*

An der Hand einer Reihe von Schädel- bzw. Gehirnschüssen wird die Anarthrie bzw. Dysarthrie besprochen, die sich im Anschluss an Verletzungen der linken motorischen Rindenregion einstellt. Unsere Kriegserfahrungen weisen darauf hin, dass auch linksseitige Hirnrindenverletzungen, die das untere Drittel der vorderen Centralwindung mit betroffen haben müssen, solche anarthrische und dysarthrische Störungen hervorrufen. Sehr lehrreich ist die gemachte Erfahrung, dass durch methodische Sprechübungen eine weitgehende Verbesserung der

Sprache erzielt werden kann. Es darf dies als Beweis für die Anschauung betrachtet werden, dass die der Läsionsstelle benachbarten Rindenteile durch funktionelle Uebung einen teilweisen Ersatz bieten. SEIFERT.

60) **W. Scholz** (Baden-Baden). **Funktionelle Sprachlähmung im Felde.** *Med. Klinik. No. 52. 1915.*

Zwei Fälle von durch Schreckwirkung im Felde entstandener Sprachlähmung. In beiden Fällen war die Ursache Granatexplosion in unmittelbarer Nähe der Betroffenen. Bei beiden bestand vollkommener Mutismus, beide wurden geheilt, der eine vollständig, bei dem anderen besteht noch ziemlich heftiges Stottern, sobald er sich aus irgendeinem Grunde erregt, im übrigen spricht auch er jetzt wieder ziemlich geläufig und mit lauter Stimme. SEIFERT.

61) **Walter Salomon. Ueber Larynxcysten.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 49.*

Nach einer kritischen Uebersicht über die in der Literatur enthaltenen Angaben über Larynxcysten beschreibt Verf. das Präparat des Kehlkopfes eines 28 Tage alten Mädchens. Es handelte sich um eine den Aditus laryngis fast völlig verlegende cystische Geschwulst, welche den linken Sinus pyriformis ganz ausfüllte. Die linke Plica ary-epiglottica und pharyngo-epiglottica waren verstrichen, von der linken Morgagni'schen Tasche war nur ein schmaler, höchstens 1 mm tiefer Rest vorhanden, ein falsches linkes Stimmband war nicht zu differenzieren. Nach oben wurde die Cyste von der Plica pharyngo-epiglottica begrenzt, die straff gespannt war und direkt in die Cystenwand überging. Der Epiglottisknorpel war durch die Cyste stark einwärts gebuchtet, hatte seine knorplige Konsistenz fast ganz verloren, fühlte sich vielmehr wie die Cystenwand selbst an. Nach unten erstreckte sich die Cyste bis zur Höhe des oberen Schildknorpelrandes. Der Tod des Kindes war unter den Erscheinungen des Glottisödems erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Cystenwand aus drei Schichten bestand, einer äusseren epithelialen, einer mittleren bindegewebigen und einer inneren epithelialen, bestehend aus mehrschichtigem Zylinderepithel.

Verf. nimmt an, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Retentionscyste gehandelt habe. FINDER.

62) **Thomas Hubbard. Papillom des Kehlkopfes.** *The Laryngoscope. 1915.*

Fünf Fälle von Kehlkopfpapillom, zwei bei Kindern, drei bei Erwachsenen. Dauernde Heilung in vier Fällen. In einem konnte nicht operiert werden, weil Asthma bestand und Berührung des Kehlkopfinnern sofort einen asthmatischen Anfall hervorrief.

In einem anderen Fall gebrauchte Verf. ein dünnwandiges grosses gefenstertes Intubationsrohr, um das Papillom in das Fenster einzustellen und dessen Basis mit Trichloressigsäure zu ätzen, auf diese Weise die Aetzung auf den Ursprung des Papilloms beschränkend.

Verf. spricht sich gegen das lange Tragen von Tracheotomieröhren bei Kindern aus, indem manchmal verkehrte Atmung mit inspiratorischem Glottisschluss dadurch erzeugt werden soll, so die Atmung ohne das Rohr unmöglich machend. Es ist dies jedenfalls ein sehr seltenes Ereignis.

bei 50 ein. Es bestehen ausserdem Akkommodationsstörungen, die auch den intermittierenden Charakter haben.

Verf. zitiert noch einen Fall von Goldstein (1908), in dem intermittierende Parese eines Beines, eines Armes, der Augenmuskeln und des Larynx vorhanden war.

Was den laryngologischen Befund, den Verf. bei der einzigen ihm möglichen Untersuchung des Pat. erheben konnte, anbelangt, so sah man, wenn die Aphonie eingetreten war und der Pat. versucht zu phonieren, dass die Stimmbänder einen elliptischen Spalt zwischen sich liessen (Lähmung der Thyreo-aryt. interni).

Zum Schluss weist Verf. auf die klinische Aehnlichkeit hin, die zwischen der Myasthenia bulbo-spinalis und dem intermittierenden Hinken besteht.

FINDER.

57) **W. Löffler** (Basel). **Polyneuritis alcoholica mit einseitiger Zwerchfell- und Stimmbandlähmung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. S. 1308. 1915.*

29jähriger Potator mit Lähmung beider Beine, besonders des linken, mit linksseitiger kombinierter Lähmung von Radialis und Ulnaris, linksseitiger Rekurrens- und linksseitiger Phrenikuslähmung. Bemerkenswert ist die eigentümliche Lokalisation der Lähmungen und die Heilung des Falles, insofern als im allgemeinen Polyneuritis mit Beteiligung von Vagus und Phrenikus prognostisch als sehr ungünstig anzusehen ist.

R. HOFFMANN.

58) **G. Wüstmann. Einseitige traumatische Lähmung aller durch das Foramen jugulare austretenden Nerven: Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 43.*

Es handelte sich um eine Patientin, die zwei Wochen vor der Aufnahme in die Klinik durch Schläge auf den Kopf und die linke Schulter schwer gemisshandelt worden war. Es bestand linksseitige motorische Schlundlähmung, sowie linksseitige Geschmackslähmung auf dem hinteren Abschnitt der Zunge, ebenso waren alle Zweige des Accessorius gelähmt; auf die Verletzung des Vagus war zu beziehen: linksseitige motorische und sensible Schlund- und Gaumenlähmung, sensible Lähmung des Kehlkopfes, motorische Lähmung aller vom N. recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln. Alles deutet auf eine Schädigung der Nerven an der einzigen Stelle, wo sie dicht nebeneinander liegen, im Foramen jugulare; jedenfalls lag die Schädigung centralwärts von der Abzweigung des Ramus laryngeus superior, da dieser von ihr nicht mitbetroffen war.

FINDER.

59) **Binswanger** (Jena). **Kriegsneurologische Krankenvorstellungen.** *Korr.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen, 11. Dezember 1915.*

An der Hand einer Reihe von Schädel- bzw. Gehirnschüssen wird die Anarthrie bzw. Dysarthrie besprochen, die sich im Anschluss an Verletzungen der linken motorischen Rindenregion einstellt. Unsere Kriegserfahrungen weisen darauf hin, dass auch linksseitige Hirnrindenverletzungen, die das untere Drittel der vorderen Centralwindung mit betroffen haben müssen, solche anarthrische und dysarthrische Störungen hervorrufen. Sehr lehrreich ist die gemachte Erfahrung, dass durch methodische Sprechübungen eine weitgehende Verbesserung der

Sprache erzielt werden kann. Es darf dies als Beweis für die Anschauung betrachtet werden, dass die der Läsionsstelle benachbarten Rindenteile durch funktionelle Uebung einen teilweisen Ersatz bieten. SEIFERT.

60) **W. Scholz** (Baden-Baden). **Funktionelle Sprachlähmung im Felde.** *Med. Klinik. No. 52. 1915.*

Zwei Fälle von durch Schreckwirkung im Felde entstandener Sprachlähmung. In beiden Fällen war die Ursache Granatexplosion in unmittelbarer Nähe der Betroffenen. Bei beiden bestand vollkommener Mutismus, beide wurden geheilt, der eine vollständig, bei dem anderen besteht noch ziemlich heftiges Stottern, sobald er sich aus irgendeinem Grunde erregt, im übrigen spricht auch er jetzt wieder ziemlich geläufig und mit lauter Stimme. SEIFERT.

61) **Walter Salomon. Ueber Larynxcysten.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 49.*

Nach einer kritischen Uebersicht über die in der Literatur enthaltenen Angaben über Larynxcysten beschreibt Verf. das Präparat des Kehlkopfes eines 28 Tage alten Mädchens. Es handelte sich um eine den Aditus laryngis fast völlig verlegende cystische Geschwulst, welche den linken Sinus pyriformis ganz ausfüllte. Die linke Plica ary-epiglottica und pharyngo-epiglottica waren verstrichen, von der linken Morgagni'schen Tasche war nur ein schmaler, höchstens 1 mm tiefer Rest vorhanden, ein falsches linkes Stimmband war nicht zu differenzieren. Nach oben wurde die Cyste von der Plica pharyngo-epiglottica begrenzt, die straff gespannt war und direkt in die Cystenwand überging. Der Epiglottisknorpel war durch die Cyste stark einwärts gebuchtet, hatte seine knorplige Konsistenz fast ganz verloren, fühlte sich vielmehr wie die Cystenwand selbst an. Nach unten erstreckte sich die Cyste bis zur Höhe des oberen Schildknorpelrandes. Der Tod des Kindes war unter den Erscheinungen des Glottisödems erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Cystenwand aus drei Schichten bestand, einer äusseren epithelialen, einer mittleren bindegewebigen und einer inneren epithelialen, bestehend aus mehrschichtigem Zylinderepithel.

Verf. nimmt an, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Retentionscyste gehandelt habe. FINDER.

62) **Thomas Hubbard. Papillom des Kehlkopfes.** *The Laryngoscope. 1915.*

Fünf Fälle von Kehlkopfpapillom, zwei bei Kindern, drei bei Erwachsenen. Dauernde Heilung in vier Fällen. In einem konnte nicht operiert werden, weil Asthma bestand und Berührung des Kehlkopfinnern sofort einen asthmatischen Anfall hervorrief.

In einem anderen Fall gebrauchte Verf. ein dünnwandiges grosses gefenstertes Intubationsrohr, um das Papillom in das Fenster einzustellen und dessen Basis mit Trichloressigsäure zu ätzen, auf diese Weise die Aetzung auf den Ursprung des Papilloms beschränkend.

Verf. spricht sich gegen das lange Tragen von Tracheotomieröhren bei Kindern aus, indem manchmal verkehrte Atmung mit inspiratorischem Glottisschluss dadurch erzeugt werden soll, so die Atmung ohne das Rohr unmöglich machend. Es ist dies jedenfalls ein sehr seltenes Ereignis.

Verf. massiert den Kehlkopf und Hals um Rezidive zu vermeiden, indem die Massage Muskelkrämpfe der akzessorischen Muskeln des Kehlkopfs und der Glottisschliessmuskeln beruhigen soll. Dass Papillome solche Krämpfe hervorbringen, ist wenigstens nicht allgemeine Erfahrung. OTTO FREER.

63) **Roos. Myxochondroma laryngis subglotticum.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 228.*

Bericht über einen bei einem 44jährigen Mann beobachteten Fall. Es bestand unterhalb der Stimmbänder ein Tumor, der vom hinteren Teil der rechten Seitenwand ausging und von glatter, anscheinend normaler Schleimhaut überkleidet war. Der Tumor wurde durch Laryngofissur entfernt. Nachuntersuchung nach $7\,^1/_4$ Monaten ergab völlig normalen Kehlkopfbefund. FINDER.

64) **Königstein. Ein Fall von seit sieben Jahren geheiltem Sarkom des Kehlkopfes nach totaler Exstirpation desselben.** *Medycyna. No. 28. 1914.*

Bei diesem Kranken entstand ein Jahr nach der Exstirpation des Larynx (Gluck) ein bösartiger Tumor in dem Nasenrachenraum, welcher nach 6wöchiger Applikation der Röntgentherapie vollständig verschwand und nicht rezidivierte. Der Kranke ist 31 Jahre alt, fühlt sich wohl und ist arbeitsfähig, beklagt sich nicht über Stimmlosigkeit. v. SOKOLOWSKI.

e II) Stimme und Sprache.

65) **H. Gutzmann. Ueber Wesen und Ziele der experimentellen Phonetik.** *Stimme. IX. H. 1. Oktober 1914.*

Einleitende Worte zum I. internationalen Kongress für experimentelle Phonetik. Ref. Centralblatt. S. 265. 1914. NADOLECZNY.

66) **K. Kassel. Die Bedeutung des phonetischen Unterrichts für die Erziehung des Lehrers.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 2. S. 198.*

Allgemeine Erörterungen über den zweifellosen Wert phonetischer Kenntnisse für Lehrer, einerseits wegen ihrer eigenen Stimme, andererseits im Interesse der frühzeitigen Erkennung von Stimm- und Sprachfehlern bei den Schulkindern, also im Interesse einer beiderseitigen Prophylaxe. NADOLECZNY.

67) **J. Hegener. Ein neues Laryngostroboskop, zugleich universeller Beleuchtungsapparat für die Beobachtung und Momentphotographie in Körperhöhlen mit engem Zugang.** *Vox. H. 1. S. 1—10. 1914.*

H. verwendet als erster das Prinzip der Projektion des Bildes einer gleichmässig erleuchteten Sammellinse in die Objektebene, das nach Passieren des optischen Systems ohne Lichtverlust auf einen zentimetergrossen Spiegel vereinigt und von da aus nach dem Objekt hin projiziert wird. Als Lichtquelle dient das Kraterbild einer Wenle'schen Scheinwerferlampe mit senkrecht zueinander gestellten Kohlen. Das Kraterbild soll möglichst klein, die Schlitzbreiten der stroboskopischen Scheibe mindestens dreimal so breit sein. Als Kraftquelle dient ein Motor mit 6000 Umdrehungen pro Minute. Der Apparat ist abgebildet und seine theoretische Begründung ist auseinandergesetzt. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

68) **Silas P. Beebe** and **J. Wallace Beveridge** (New York). **Die Erkrankungen der Thyreoidea. (Thyroid disease.)** *New York med. journ. 25. Dez. 1915.*

Die Verff. besprechen die Geschichte der Struma, ihre Verbreitung, den Einfluss des Geschlechts, und empfehlen die Anwendung von Beebe's Serum zur Heilung der Krankheit. FREUDENTHAL.

69) **Irving Wilson Vorhees. Ein Fall von akuter Thyreoiditis. (A case of acute thyroiditis.)** *Medical record. 21. November 1914.*

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann; vor zwei Wochen eine Erkrankung, anscheinend Influenza. Es bestand eine erhebliche Schwellung der Schilddrüsenregion, die Haut über der Drüse war gerötet, die Drüse selbst schmerzhaft bei Palpation, besonders der rechte Lappen. Es bestand etwas Temperatursteigerung und allgemeine Abgeschlagenheit. Die Behandlung bestand in Pinselungen mit Jod und Eiskompressen, ferner Kalomel innerlich. Nach 5 Tagen nahm die Schwellung ab und es trat Heilung ein. EMIL MAYER.

70) **S. P. Beebe. Die Beziehung pathologischer Zustände in Nase und Hals zu der Entstehung und Behandlung des Hyperthyreoidismus. (The relation of pathologic conditions in the nose and throat to the origin and treatment of hyperthyreoidism.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. August 1914.*

Verf. glaubt eine Beziehung zwischen Infektionen von Nase und Hals einer- und Hyperthyreoidismus andererseits konstatieren zu können. Bei Patienten im Alter von 16 und 24 Jahren waren bei 35 pCt. bis 40 pCt. häufige Anfälle von Angina vorgekommen, und viele von ihnen zeigten chronische Pharyngitis und Rhinitis mit Vergrösserung der Tonsillen und Adenoiden. Nicht selten war eine oder mehrere Nebenhöhlen erkrankt. Verf. bezeichnet es als nicht selten, dass eine rapide Vergrösserung der Schilddrüse mit den charakteristischen Symptomen der Hyperaktivität unmittelbar auf eine besonders schwere Angina folgt. Derartige Patienten leiden unter diesen Infektionen besonders schwer; Verf. bezeichnet die Anginen bei Basedowkranken als direkt gefährlich und sagt, man müsse alles tun, um ihnen vorzubeugen. Jedoch soll man bei Patienten mit aktiver Thyreoidintoxikationen vorsichtiger sein mit Tonsillen- und Adenoidoperationen, denn sie vertragen alle operativen Eingriffe nicht gut. Bisweilen ist man überrascht, zu sehen, dass ein Patient nach einer Tonsillektomie besonders heftige Reaktion zeigt, und findet dann bei näherem Zusehen Basedowsymptome. Bei jedem jungen Menschen mit vergrösserter Schilddrüse sollte sorgfältigst Hals und Nase untersucht werden und umgekehrt. EMIL MAYER.

g) Oesophagus.

71) **J. Szmurlo. Demonstration eines Röntgenogramms von einem Diverticulum oesophagi. Protokoly posiedreii otolaryngologiesnych.** *Gazeta lekarska. No. 44.*

Es handelte sich um einen 49 Jahre alten Mann, der seit einigen Jahren an Dysphagie litt, bei welchem die Sondierung eine Striktur am unteren Abschnitte

der Speiseröhre entdeckte. Die Durchleuchtung aber mittelst Röntgenstrahlen wies ein ziemlich ausgedehntes Diverticulum oesophagi auf. v. SOKOLOWSKI.

72) **Sternberg. Dilatation und Verlängerung des Oesophagus.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 29. Oktober 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 1267. 1915.*

Demonstration eines 21jährigen Mädchens, das keinen Bissen schlucken kann, ohne darnach Wasser trinken zu müssen. Oefter Erbrechen. Klinischer Befund negativ.

Den Beschwerden liegt eine sehr seltene (bisher nur 3 Fälle beobachtet) kongenitale Veränderung des gesamten Darmtrakts zu grunde, über die die Röntgenuntersuchung Aufschluss gibt. Oesophagus oberhalb der Klavikula gedehnt und etwas erweitert, im unteren Teile stark dilatiert und Sförmig gekrümmt. Magen tiefstehend. Grosse Kurvatur im Becken. Man sieht fast keine Magenblase. Dickdarm im kleinen Becken. R. HOFFMANN.

73) **N. P. van Spanje** (Amsterdam). **Oesophagismus.** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 12. S. 1542. 1915.*

Kurze Mitteilung von zwei Fällen. VAN GILSE.

74) **Cochez** und **Aboulker. Zwei Fälle von Fremdkörpern des Oesophagus. Extraktion mittels Oesophagoskopie. (Deux cas de corps étrangers de l'oesophage; extraction sous oesophagoscopie.)** *Bullet. d'oto-rhino-laryngologie. Juli 1914.*

Fall 1. Bei einem 16jährigen Mädchen, das an einer vor 7 Jahren durch Trinken von Schwefelsäure erworbenen Verengerung der Speiseröhre leidet, ist ein Bissen Fleisch 16 cm von der Zahnreihe stecken geblieben.

Im Fall 2 handelt es sich um ein Fragment eines künstlichen Gebisses.

FINDER.

75) **G. S. Otrich** (Belleville, Ill.). **Eine Sicherheitsnadel im Oesophagus eines kleinen Kindes. (Safety pin in esophagus of young child.)** *Journ. amer. med. assoc. 31. Juli 1915.*

7 Monate altes Kind, wurde im Bett in einer Art Erstickungsanfall gefunden, trank Wasser leicht, erbrach aber stets alles. Mit Hilfe des intermittierenden fluoroskopischen Bildes führte Verf. eine Schlinge um die nach oben offene Nadel, wodurch es ihm gelang, dieselbe zu schliessen und schnell zu entfernen. Genesung.

FREUDENTHAL.

76) **Guisez. Fremdkörper des Oesophagus und der Luftwege bei ganz jungen Kindern. (Des corps étrangers de l'oesophage et des voies aériennes chez les tout jeunes enfants.)** *Bullet. d'oto-rhino-laryngologie. Mai 1914.*

Verf. berichtet folgende Fälle: 4jähriges Kind; Soustück im oberen Drittel des Oesophagus; 3jähriges Kind Zwei-Frankstück im Oesophagus; $2^1/_2$ jähriges Kind Kupferknopf im Oesophagus eingekeilt; 17 Monate altes Kind Fünf-Centimesstück im oberen Drittel des Oesophagus, eingekeilt in einer Schleimhautfalte; alle

diese wurden durch Oesophagoskopie entfernt. In einem anderen Falle wurde ein 7 Monate altes Kind bereits mit hohem Fieber eingeliefert. Beim Versuch, den Fremdkörper zu entfernen, sistierte die schon vorher behinderte Atmung; sofortige Tracheotomie und künstliche Atmung, worauf das Kind sich erholte. Man fand den Fremdkörper im Anfang des Oesophagus, unmittelbar über dem Ringknorpel, er drückte auf die Trachea. Entfernung mittels Oesophagoskopie. Exitus an septischer Broncho-Pneumonie.

Die Fremdkörper der Luftwege waren: Kaffeebohne im rechten Bronchus bei 28 Monate altem Kind, Entfernung durch Bronchoscopia inferior; Kaffeebohne in der Trachea eines 2jährigen Kindes, Tracheoscopia inferior; Trompetenmundstück im rechten Bronchus eines 5jährigen Kindes, Entfernung durch obere Bronchoskopie; kleine Brosche in Form einer Nadel im Larynx eines $3^1/_2$ Monate alten Kindes, Extraktion durch direkte Laryngo-Tracheoskopie.

Verf. bespricht dann die Diagnostik der Fremdkörper bei Kindern. Was den Wert der Röntgenstrahlen betrifft, so konnte von 52 Fällen nur in 23 das Ergebnis der Röntgenuntersuchung durch die direkte Untersuchung bestätigt werden.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Prof. Dr. Georg Sticker** (Münster, Westf.). **Erkältungskrankheiten und Kälteschäden, ihre Verhütung und Heilung. Encyklopädie der klinischen Medizin.** Mit 10 Textabbild. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. 446 S. Preis geb. 14 M. 80.

Vorliegende Monographie bildet einen Band der Encyklopädie der klinischen Medizin, von der bereits mehrere Lehrbücher und Monographien, über Konstitution und Vererbung von Martius, pädagogische Therapie von Theodor Heller, die Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen der Kinder von Göppert, die Krankheiten der Neugeborenen von Ritter v. Reuss erschienen sind. Weitere Bände befinden sich unter der Presse. Wenn, wie die Herren Herausgeber es besonders betonen, in dieser Encyklopädie für den Mediziner irgend eine Frage des Gesamtgebiets von autoritativer Seite erschöpfend und vollständig behandelt werden soll, so hat der Autor seine Aufgabe in dem vorliegenden Werke mehr als erfüllt; in reichem Maasse ist die Literatur zusammengetragen, der Stoff, dessen Bearbeitung aus naheliegenden Gründen mit grossen Schwierigkeiten verknüpft ist, in übersichtlicher sachgemässer Anordnung kritisch behandelt, so dass das Werk einer Empfehlung kaum bedarf. Bei dem vielseitigen Begriff der Erkältung haben naturgemäss alle Organe, deren Schädigung hier in Betracht kommt, mehr oder weniger Berücksichtigung gefunden und für die Interessenten unseres Faches sei besonders hervorgehoben das Kapitel über die Katarrhe der Atmungswege, über den Erkältungsschnupfen und seine Beziehungen zu den rheumatischen Erkrankungen und zu den Erkrankungen der Tonsillen. Ein grosser Anhänger der totalen Entfernung der Tonsillen, wie sie in neuerer Zeit bei gewissen rheumatischen Zuständen und Gelenkerkrankungen von den Halsärzten empfohlen wird, scheint der Verf. nicht zu sein und dürfte sich hier mit manchen Aerzten in Widerspruch setzen. Die

ganze Materie ist in fünf Abschnitten untergebracht, dem letzten fünften Teile ist die Prophylaxe und die Therapie gewidmet. Ein Sachverzeichnis bildet den Schluss des Werkes, Ausstattung und Druck sind gut. B. Baginsky.

---

b) XXXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Niagara Falls, 1. bis 3. Juni 1915.

Vorsitzender: Alexander W. MacCoy (Philadelphia).

Thomas Hubbard (Toledo): Kehlkopfpapillom.

H. berichtet über Fälle, die durch Komplikationen bemerkenswert waren, und gibt eine Beschreibung der chirurgischen und allgemeinen Massnahmen. Der erste Fall glich einem Papillom, wurde aber mikroskopisch als ein Epitheliom erkannt. Zwei zu verschiedenen Zeiten entfernte Tumoren erwiesen sich als sicher maligne. Die Behandlung bestand in Entfernung mittels Zange und nachfolgender Kauterisation; diese wurde mit Hilfe eines gefensterten Intubationsrohres vorgenommen, wobei Trichloressigsäurekristalle in die Geschwulstbasis eingerieben wurden, ohne die gesunde Schleimhaut zu verletzen. Es ist bis jetzt, d. h. nach 12 Jahren, kein Rezidiv erfolgt.

In einem Falle bestand Asthma als Komplikation. Der Kehlkopf stellte die Reflexquelle dar, von der ein Bronchialspasmus schwerster Art ausgelöst wurde, der weder durch Morphium noch Adrenalin beeinflusst werden konnte und alle chirurgischen Eingriffe auf das äusserste erschwerte.

Zwei Fälle von Papillomen bei Kindern werden berichtet. Bei beiden war die Tracheotomie erforderlich. Operationen in Gestalt von Laryngofissur und Kurettage von der Tracheotomiewunde waren von Erfolg. In einem Falle wurde eine zweite Operation in weniger als einem Jahre notwendig; die Entfernung eines grossen papillomatösen Tumors führte hier zur völligen Wiederherstellung der Stimme und seit einem Jahre ist kein Rezidiv erfolgt. Im anderen Falle — einen vierjährigen Knaben betreffend — wurde Heilung herbeigeführt durch einmalige Kurettage von oben und unten her. Kein Rezidiv nach drei Jahren.

In einem Falle von Kehlkopfpapillom, der gründlich ungefähr sechsmal innerhalb eines Jahres operiert war, jedesmal aber rezidiviert war, wurde schliesslich dauernde Heilung herbeigeführt mit Hilfe von Halsmassage (!!! Red.), mit der H. einen Monat vor der Schlussoperation begann und die ihm die Operationen zu erleichtern schien. Es wurde nach Entfernung mehrerer kleiner Papillome von verschiedenen Teilen des Larynx mit der Massage fortgefahren; seit sechs Monaten kein Rezidiv. H. meint, durch die Massage werde die normale Ernährung der Gewebe und ihre normale funktionelle Aktivität hergestellt; er spricht dieser Methode — in Verbindung mit operativen Massnahmen — einen grösseren Wert zu als der Tracheotomie und prolongierten Ruhigstellung des Larynx.

J. Payson Clark (Boston) widerspricht der Ansicht Hubbard's, dass das lange Liegenbleiben der Tracheotomiekanüle die Wiederherstellung der Funktion des Larynx verhindert. Er hat Patienten gehabt, welche die Kanüle viele Monate lang trugen und bei denen nach Entfernung derselben vollkommen normale

Funktion des Larynx vorhanden war. Er hält es für gefährlich, die Kanüle bei Kindern zu entfernen, solange noch irgend etwas von Geschwulst im Larynx vorhanden ist; denn diese kann wachsen und so eine zweite Tracheotomie nötig werden, die bekanntlich viel schwieriger ist als die erste.

C. setzt sich auch für die indirekte Laryngoskopie ein. Mit der Erfindung aller Instrumente für direkte Laryngoskopie besteht die Gefahr, dass die indirekte Methode vernachlässigt wird.

E. Fletcher Ingals (Chicago) fragt den Vortragenden über seine Resultate bei Anwendung der Trichloressigsäure. J. kann nicht verstehen, wie eine solche in starker Lösung möglich sei, noch ob die Tube, durch welche hindurch die Kauterisation vorgenommen wurde, unmittelbar nach der Operation oder später entfernt wurde. Wenn sie gleich entfernt wurde, war hinterher keine Schwellung oder Funktionsstörung?

C. hält im Gegensatz zu Hubbard die zweite Tracheotomie für leichter als die erste. Ferner fragt er, ob H. bei der Kurettage von unten her sehen konnte, was er tat.

Allen B. Thrasher (Cincinnati): Bevor man bei Kindern an die Operation geht, muss man die Angehörigen darauf vorbereiten, dass diese wahrscheinlich wiederholt nötig werden dürfte. Der Larynx muss rezidivfrei gehalten werden, bis das Kind 15—16 Jahre alt ist; solange der Larynx noch klein ist, besteht Rezidivgefahr. T. hat eine Tracheotomiekanüle vier Jahre lang liegen lassen, ohne dass die geringste Störung die Folge war; sie wurde in dieser Zeit hin und wieder entfernt, jedoch nicht endgültig fortgelassen. Pat., der die Kanüle vom 12. bis 16. Lebensjahr trug, ist jetzt völlig gesund. T. verwirft aus wissenschaflichen Gründen die Anwendung der Massage in diesen Fällen und glaubt, dass der Erfolg Hubbard's damit nur auf einen Zufall zurückzuführen sei. T. benutzt als Aetzmittel bei Larynxpapillomen Silbernitrat.

John F. Barnhill (Indianopolis) hält nach seinen Erfahrungen für die beste Methode, den Larynx zu eröffnen und gründlich auszuräumen und nachher die Wunde zu schliessen.

Harmon Smith (New York) hat vor einigen Tagen Dr. Lynck nach seiner Methode operieren sehen. Pat. war ein 15jähriger Knabe. Der Kehlkopf war bereits durch einen anderen Laryngologen gründlich ausgeräumt worden; trotzdem trat ein Rezidiv ein. Der Patient trug eine Reihe von Jahren die Kanüle; die Geschwulst änderte sich nicht. Er kam schliesslich zu L., der ihn mit Fulguration behandelte; ein anderer Arzt gebrauchte Radium. Die Geschwulst verschwand teilweise, rezidivierte dann aber. Es blieb eine fibro-papillomatöse Masse in der vorderen Kommissur subglottisch zurück. Lynck operierte und kurettierte diese Masse. Was das Radium betrifft, so ist es nur wirksam bei den Papillomen der Erwachsenen, jedoch nicht bei Kindern.

Lewis A. Coffin (New York) erinnert sich an Fälle von Papillomen bei Kindern, die nach Radium verschwanden, ohne zu rezidivieren. Ferner führt er mehrere Beispiele von Papillom bei Erwachsenen an, die ebenfalls auf Radium prompt zurückgingen.

Emil Mayer (New York) regt die Frage der Aetiologie dieser Tumoren an. Er hat zwei Fälle in Behandlung gehabt, welche Tunnelarbeiter betrafen, die in verdichteter Luft arbeiteten. Wenn Tracheotomie gemacht ist, muss die Kanüle eine ganze Reihe von Jahren getragen werden. M. zitiert einen Fall, der die Gefahr zeigt, in der sich diese Patienten befinden. Es handelte sich um ein Kind mit einem grossen Papillom, das nicht einmal während der kurzen zum Reinigen der Kanüle erforderlichen Zeit ohne diese bleiben konnte, ohne in ernste Erstickungsgefahr zu geraten. Eines Tages beim Spielen riss es das Band, an dem die Kanüle befestigt war, heraus und erstickte, bevor Hilfe kommen konnte.

Crosby Greene jr. (Boston) hat einen Fall behandelt, der dann später in die Hände eines anderen Laryngologen kam; dieser machte eine Thyreotomie und entfernte die Geschwülste gründlich. Sechs Monate später sah G. den Pat. wieder und fand den ganzen Larynx mit Geschwülsten gefüllt. Im letzten halben Jahr hat G. einen Pat. gesehen, der gleichzeitig Warzen auf der Haut und Papillome im Larynx hatte. Kurze Zeit, nachdem die Papillome entfernt waren, verschwanden auch die Hautwarzen.

Henry L. Swain (New Haven) hat einen Knaben mit einem Larynxpapillom gesehen, der nicht zu behandeln war und den er aus den Augen verlor; neun Jahre später hustete der Pat. den Rest des Papilloms aus und blieb seitdem ohne Rezidiv. S. sagt: „Wäre er in meinen Händen geblieben, so wären wahrscheinlich aus seinem solitären Papillom multiple geworden.“ In einem Fall hat er Alkoholspray auf die Oberfläche der Geschwülste angewandt; es wurde in diesem Falle keine instrumentelle Behandlung ausgeführt und trotzdem ist der Larynx jetzt frei von Geschwülsten, was S. auf die Behandlung mit dem Alkoholspray zurückführt.

William E. Casselberry (Chicago) erinnert an die guten Resultate, die man früher in diesen Fällen mit Anwendung von Galvanokaustik erzielte. Er selbst hat einen Kauter zu diesem Zweck angegeben. Er kann nicht verstehen, welchen Vorteil die Fulguration gegenüber der Galvanokaustik besitzen soll. Nach Entfernung der Geschwülste mit der Zange mittels der direkten oder indirekten Methode — er hat oft beide Methoden bei demselben Patienten angewendet — und nach Kurettage, ist die Kauterisation der Basis wünschenswert.

Harris P. Mosher (Boston) bestreitet, dass das lange Tragen der Kanüle die Wiederkehr der Stimme erschwert.

Robert Clyde Lynch (New Orleans) verfügt über 16 Fälle von Larynxpapillom. Er gibt die Geschichte von 3 Fällen, um die von ihm bei der Behandlung befolgte Methode zu illustrieren. Diese besteht in der Ausschneidung der Geschwülste unter Anwendung der Schwebelaryngoskopie. Alle 16 auf diese Weise operierten Fälle blieben rezidivfrei.

Dunbar Roy (Atlanta): Einige statistische Beobachtungen über Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten bei Negern auf Grund von 1500 Fällen.

Von den 1500 Patienten kamen nur 341 wegen Nasenbeschwerden, Deviationen und Leisten sind sehr selten. R. hat niemals eine Septumdeviation bei einem Vollblutneger gesehen. In der Entwickelung des Kiefers sieht man beim Neger

niemals einen hohen und schmalen Gaumen. Akute Nebenhöhlenerkrankungen waren sehr selten; nur chronische nekrotisierende Ethmoiditis mit Polypenbildung war häufiger als andere Nebenhöhlenaffektionen. Heufieber kam nur in zwei Fällen vor und unterschied sich in seinen Symptomen nicht von der Erkrankung bei der weissen Rasse. Rhinitis atrophicans fand R. nur bei einem Fall; dies scheint in Widerspruch zu stehen zu der Theorie, dass weite Nasengänge einen prädisponierenden Faktor für diese Erkrankung bilden. Es wurde kein Fall von chronischem Oberkieferempyem gesehen. Syphilitische Affektionen waren häufig, ebenso eitrige Rhinitis bei Kindern; sie reagierten prompt auf Hg und Jod.

Diphtherie ist sehr selten, trotz der ungünstigen hygienischen Verhältnisse, in denen die meisten dieser Menschen leben. Larynxtuberkulose fand sich nur in 23 Fällen, Syphilis des Larynx und Pharynx in 270 Fällen, Adenoide und Hyperplasie der Tonsillen in 296, was im Gegensatz steht zu einer vor mehreren Jahren veröffentlichten Statistik, nach der Adenoide bei Negern nicht häufig sind.

Ch. W. Richardson (Washington) kann nach seinen Erfahrungen bestätigen, dass die Neger sich der Diphtherie gegenüber immun verhalten. Er hatte jahrelang die Diphtherieabteilung des Governement Hospital in Washington innegehabt; es kamen so gut wie keine Neger dort zur Aufnahme, und R. kann sich nicht erinnern, je ein Negerkind intubiert zu haben. Dagegen hat er bei Negern viel Adenoide operiert.

Virginius Darney (Washington): Wahres Myxom des Nasenrachens. Bericht über zwei Fälle.

Wahre Myxome sind sehr selten, besonders jedoch im Nasenrachenraum. Einige Pathologen bestreiten überhaupt das Vorkommen myxomatöser Geschwülste.

Fall 1. Der Tumor kam zum Vorschein, wenn man den weichen Gaumen vorzog. In Aethernarkose wurde mit einer Adenoidenkurette die Geschwulst vom Basilarfortsatz abgetragen. Nach 10 Monaten kein Rezidiv.

Fall 2. Bei der Untersuchung entdeckte man nur eine Geschwulst, bei der Operation fand man deren zwei; die eine kleinere am Basilarfortsatz, die grössere inserierte am hinteren Siebbein. Beide wurden mit grossen Adenoidkuretten abgetragen. Angeblich waren ähnliche Geschwülste 11 Jahre zuvor entfernt worden. Demonstration mikroskopischer Präparate, in denen sich keine Spuren fibröser Elemente finden.

Harmon Smith (New York): Viele Pathologen haben festgestellt, dass wahre Myxome in dieser Region nicht vorkommen. In der Mehrzahl der Fälle nehmen die Myxome ihren Ursprung vom Siebbein, während Fibromyxome im Nasenrachenraum entspringen. Seines Wissens ist kein anderer Fall von wahrem Myxom des Nasenrachenraums berichtet.

James E. Logan (Cansas City) fragt nach der Nationalität der Fälle. Er meint, dass diese Fälle in Skandinavien häufiger vorkommen als bei anderen Völkern.

Darney: Der eine Fall betrifft einen Deutschen, der andere einen Amerikaner. Seine beiden Fälle sind von mehreren tüchtigen Pathologen geprüft und als reine Myxome befunden worden.

G. Hudson Makuen (Philadelphia): Die Anatomie der sogenannten Kapsel der Gaumentonsille.

Die sogenannte Tonsillenkapsel ist nicht eine Kapsel im eigentlichen Sinne, und sie besteht — wenigstens zum Teil — aus einem Teil der intrapharyngealen Aponeurose, der einen Recessus bildet, in welchem sich die Tonsille während ihrer Entwickelung anheftet. Die intrapharyngeale Aponeurose ist eine breite Membran, die sich oben an die Schädelbasis anheftet und sich nach unten ausbreitend nicht nur die Tonsille und die Gaumenbögen von dem M. constrictor superior und anderen wichtigen Teilen der Zervikalregion trennt, sondern es schieben sich auch Falten dieser Membran zwischen Tonsille und Gaumenbögen vor; wenn die vordere Falte stark vor und über der Tonsille sich vorschiebt, so bildet sie das, was wir die Plica triangularis oder Plica tonsillaris nennen.

Im Laufe ihrer Entwickelung beim Embryo und in der Kindheit scheint die Tonsille einen Teil des muskulo-fibrösen und Bindegewebes, mit dem sie in Juxtaposition ist, sich anzueignen und schliesslich wird sie beim Erwachsenen fest an diese Membran, der man den Namen intrapharyngeale Aponeurose gegeben hat, angeheftet, von der ein Teil die sogenannte Tonsillenkapsel zu bilden scheint.

Wird, wie gewöhnlich, die Tonsillektomie extrakapsulär gemacht, so wird dadurch eine Fensterresektion der Aponeurosis intrapharyngealis gemacht und dadurch nicht nur die Gaumenbögen und der M. constrictor superior freigelegt, sondern auch Zugang für Infektionen zu den tieferen Halsregionen geschaffen.

Eine empfehlenswertere Operation ist die intrakapsuläre oder noch besser, eine intrakapsuläre Tonsillektomie, bei der die Tonsille entfernt wird nur mit der dünnen, am meisten nach innen gelegenen Schicht der Kapsel und der grösste Teil derselben im Pharynx belassen wird, so dass er die Fossa vollkommen auskleidet und einen starken Schutzwall gegen Infektionen in dieser Gegend bildet. Diese Operation kann gewöhnlich mit dem Sluder'schen Tonsillektom und einer Schlinge gemacht werden; scharfe schneidende Instrumente sind nur in den seltenen Fällen nötig, wo pathologische Adhäsionen sich zwischen der Tonsille und der Schleimhaut der Gaumenbögen gebildet haben.

William E. Casselberry (Chicago) hat stets die von Makuen als „intrakapsulär" bezeichnete Operation gemacht; er nennt sie jedoch „extrakapsulär". Ob die Kapsel von der Aponeurose herstammt oder nicht, tue nichts zur Sache; jedenfalls möchte C. die Bezeichnung „Kapsel" nicht missen, denn was wir sehen, ist eine Kapsel der Tonsille. Die Tonsille ist eingehüllt in eine glatte Membran, die von dem grösseren Teil der Aponeurose getrennt werden kann. Die glatte Ablösung der Kapsel von dem Hauptteil der Aponeurose hält er für die beste Operation. Er war überrascht, wie verschieden dick die Kapsel in den verschiedenen Fällen ist.

J. Gordon Wilson (Chicago) kann nicht verstehen, wie Makuen das die Tonsille bedeckende Gewebe, welches von der Aponeurose stammt, einen Teil der Tonsillarkapsel nennen kann; jener Teil der Aponeurose ist nicht dasselbe wie die Tonsillarkapsel. Die Kapsel ist normaliter sehr dünn und von dem übrigen Tonsillargewebe durch eine Schicht von areolärem Gewebe geschieden. Die beste Beschreibung dieser Verhältnisse findet sich in Toldt's Anatomie.

George E. Shambaugh (Chicago): Wenn ich Dr. Makuen recht verstehe, so soll mit dem Alter die Dicke der Tonsillarkapsel zunehmen und immer mehr adhärent werden. Nach meiner Erfahrung trifft dies nicht zu. Ich habe die Tonsille bei Leuten von 70 Jahren entfernt und sie bei ihnen so locker anhaftend gefunden wie in der Kindheit. Haftet sie fest an, so ist dies zum grossen Teil auf entzündliche Vorgänge und nicht auf den physiologischen Charakter des Gewebes zurückzuführen.

Henry L. Swain (New Haven): Je grösser die Tonsille ist, desto dünner die Kapsel und umgekehrt. Wenn man die Tonsille am Kadaver ausschält, so findet man beim Kind eine sehr dünne Demarkationslinie, wo die die Tonsille bedeckende Membran aufhört und die hintere Pharynxwand anfängt. Bei kleinen Kindern ist eine sehr kleine Demarkationslinie zwischen dem Bindegewebe, auf welchem die Tonsille ruht, und der hinteren Schicht der Aponeurose.

Greenfield Sluder (St. Louis) kommt auf die von ihm im Jahre 1910 angegebene Methode der Tonsillektomie zurück; er macht darauf aufmerksam, dass diese Methode von ihm nicht erfunden, sondern nur ausgebaut sei. Sie ist im Jahre 1827 von Physick veröffentlicht. Es kommt darauf an, ob es eine fibröse Membran gibt, welche den M. constrictor posterior und die Gaumenbögen bedeckt, ob die Krypte nach lateralwärts offen ist oder durch die Umhüllung geschlossen wird. Ist das letztere der Fall, so würde diese Methode die ideale Technik der Tonsillektomie darstellen; ist es aber nicht der Fall, so würde es nicht möglich sein, auf diese Weise auch die letzte Spur von Lymphgewebe zu entfernen, und damit wäre der Zweck der Operation nicht erreicht, denn es würden Rezidive eintreten.

Makuen bemerkt zum Schluss der Diskussion, dass er die Bezeichnung „intrakapsuläre“ Tonsillektomie nur gebraucht habe, weil gewöhnlich nicht unterschieden wird zwischen der dünnen Membran, welche die eigentliche Kapsel der Tonsille bildet, und der Aponourose, an welcher die Tonsille so fest angeheftet ist, dass sie einen Teil der Kapsel zu bilden scheint. Er hat oft gefunden, dass dies Stück der Aponourose mit fortgenommen wurde und dass man dies als „extrakapsuläre“ Tonsillektomie bezeichnete. Er verwirft die Anwendung scharfer Instrumente, weil es mit diesen sehr leicht geschieht, dass man durch die Membran hindurchkommt. Daraus resultieren dann Narbenkontraktionen und Verziehungen am Gaumen.

Robert Levy (Denver): Leucoplakia buccalis und lingualis.

L. teilt einen Fall mit, den er 7 Jahre lang beobachtete, während welcher Zeit er die verschiedensten Stadien durchmachte. Es entwickelten sich grosse papillomatöse Massen und es wurde die Diagnose Carcinom gestellt und der Unterkiefer exstirpiert; nachher jedoch erwies sich die Diagnose als zweifelhaft.

L. gibt eine Definition der Krankheit, bespricht ihre Varietäten, die Aetiologie, Pathologie, die Häufigkeit des Carcinoms, die pathologischen Anzeichen, die für die Entwicklung eines solchen sprechen. Was die Behandlung betrifft, so scheint die Fulguration ermutigende Resultate zu geben.

John F. Barnhill (Indianopolis) berichtet über einen Fall, den er bei einer tuberkulösen Frau beobachtet hat.

Emil Mayer (New York) sieht in der Leukoplakie stets einen Vorläufer von Carcinom; er hat eine Anzahl von Fällen beobachtet, die dafür sprechen.

Charles W. Richardson (Washington) hat fast nur Fälle gesehen, in denen die Affektion so ausgedehnt war, dass an irgendwelche operativen Massnahmen nicht zu denken war. In seinem letzten Falle war nicht nur der Zungenrücken, sondern die ganze Mundhöhle befallen; Pat. hatte intensive Schmerzen.

Bryson Delavan (New York) hat meist gesehen, dass die Fälle maligne wurden. Jede irritierende Behandlung ist kontraindiziert. Oft erfolgt Besserung, wenn die Pat. aufhören zu rauchen. Einige Fälle besserten sich unter Radium. D. kennt jedoch keinen Fall, in dem man von Heilung sprechen konnte.

Levy macht noch einige Bemerkungen betreffend den von ihm mitgeteilten Fall. Er bezeichnet denselben als ganz ungewöhnlich, was die Ausdehnung der Affektion betrifft. Es wurde der Unterkiefer, die Parotis und deren Umgebung entfernt; wie jedoch der weitere Verlauf lehrte, handelte es sich nicht um Carcinom. Es ist durchaus nicht notwendig, dass jeder Fall von Leukoplakie maligne wird, obwohl andererseits feststeht, dass sehr vielen Fällen von Carcinom, wenn man sie lange genug nach rückwärts verfolgt, Leukoplakie vorausgeht. Manche Autoren behaupten, dass Leukoplakie der Zunge besonders leicht maligne wird.

Greenfield Sluder (St. Louis): Hyperplastische Sphenoiditis und ihre Beziehungen zum II., III., IV., V., VI. Nerven und dem Nerv. Vidianus.

S. spricht von dem Keilbeinkörper, unabhängig davon, was für Zellen ihn einnehmen, und erwähnt die engen Beziehungen der oben genannten Nerven zu seinen Knochenwandungen, und dass einige dieser Beziehungen weniger durch die Grösse der Keilbeinhöhle als durch diejenige des Sinus cavernosus bedingt ist. Er spricht ferner von dem klinisch auffallend verschiedenen Verhalten zwischen den in den Kanälen verlaufenden Nerven, den Ober- und Unterkieferästen des V. Hirnnerven und des Nerv. Vidianus verglichen mit dem III., IV. und VI. Hirnnerven, welche durch den weiten Spalt der Fissura sphenoidalis verlaufen, indem die ersteren weit häufiger als die letzteren zu klinischen Fragen Anlass geben. Jonathan Wright hat Knochen des vorderen Teils der Keilbeinhöhle in 156 Fällen entfernt und die mikroskopischen Befunde entsprachen fast gleichmässig dem klinischen Verhalten der Fälle. Der langsam zunehmenden Vermehrung des Knochens entsprechen in der klinischen Anamnese langwährende Schmerzen und oft sehr langsam fortschreitende Abnahme des Sehvermögens, in dem bisweilen nur ein Segment des Nerv. opticus betroffen ist; die Fälle von heftigem Kopfschmerz und schnellem Verlust des Sehvermögens zeigen akute Ostitis auf der Basis des chronischen Prozesses. Der Knochen zeigte bisweilen Periostitis und bisweilen war die Schleimhaut normal. Das klinische Bild erklärte sich in den chronischen Fällen durch die Verengerung des Knochenkanals infolge der hyperplastischen Veränderungen des Knochens und der dadurch bedingten Kompression des Nerv. opticus. Die — gewöhnlich als Migräne gedeuteten — Schmerzen im Gebiete des II. Quintusastes und des Nerv. Vidianus wurden auch durch Verengerung des sie umgebenden Kanals erklärt. In vielen dieser Fälle

gingen diese Kopfschmerzen den Störungen von seiten der Sehnerven um viele Jahre voraus.

George C. Stout (Philadelphia): Kopfschmerzen infolge nichteitriger intranasaler Erkrankungen.

Wenn Kopfschmerzen nasalen Ursprungs, bei denen eitrige Erkrankungen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, relativ selten sind, so sind sie doch häufig genug und haben einen derartigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, dass es gerechtfertigt ist, sie als Gruppe für sich zu betrachten.

Die Schmerzen variieren von gelegentlichen Attacken mässigen Grades bis zu häufigen Anfällen höchster Intensität. Sie werden gewöhnlich verlegt in einen Bezirk hinter einem Dreieck, das gebildet wird durch die Glabella, den äusseren Augenwinkel und die Spinae nasalis anterior. Sie können sich auch erstrecken auf die Zähne, die Nachbarschaft der Tuba Eustachi oder die Ohren und bisweilen nach unten bis auf die Schulter. Sie sind gewöhnlich einseitig, können aber auch doppelseitig sein, oder abwechselnd rechts und links auftreten. Sie nehmen bei Inanspruchnahme der Augen nicht zu, obwohl scharfe, stechende Schmerzen in den Augen bisweilen vorhanden sind. Bestehen die Schmerzen längere Zeit, so bleibt ein ungünstiger Einfluss auf den Allgemeinzustand nicht aus. In allen Fällen sollte die Gegend der mittleren Muschel gründlich untersucht, alle gewöhnlichen Ursachen: wie Neurasthenie, fieberhafte Zustände, Syphilis, Verdauungsstörungen usw. ausgeschlossen, das Fehlen von Eiter gesichert werden. Am häufigsten besteht die Ursache für den Kopfschmerz in einer Kompression der mittleren Muschel durch ein deviiertes oder bilateral verdicktes Septum. Behandlung besteht in Kokainisierung und Adrenalisierung der mittleren Muschel und, wenn dies nicht hilft, in Abtragung eines Teiles oder der ganzen mittleren Muschel.

Cornelius G. Coakley (New-York): In den von Sluder gekennzeichneten Fällen, die oft von Augenärzten zugeschickt werden, entsteht immer die Frage, ob eine Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen oder des Keilbeins vorhanden ist. Keiner dieser Fälle zeigt die typischen Zeichen einer Eiterung; Radiographie ergibt ebenfalls nichts. Es ist gewöhnlich weder dem Ophthalmologen noch dem Rhinologen möglich, die Ursache für die Störungen zu finden. C. hat oft auf Ersuchen des Ophthalmologen die mittlere Muschel entfernt, die Keilbeinhöhle breit eröffnet, eine normale Schleimhaut in der Höhle gefunden und war erstaunt über die Besserung des Sehvermögens, die in den meisten dieser Fälle auf den Eingriff folgte. Der Uebelstand bei allen Keilbeinhöhlenoperationen ist, dass die Oeffnung sich sehr schnell verkleinert, so dass sie nach 6—8 Wochen nicht weiter ist als normal, bisweilen noch enger.

Hanau W. Loeb (St. Louis) hat für solche Fälle, wie sie Stout beschreibt und die Operationen an der mittleren Muschel erfordern, zwei oder drei Punkte charakteristisch gefunden: Die Kopfschmerzen sind in ihrer Art gleichförmig; sie befallen eine Seite der Nase, einen Teil des Kopfes; sie halten eine mehr oder minder bestimmte Anzahl von Stunden an, um dann zu verschwinden; sie treten fast stets des Morgens auf und verschwinden am Abend.

William E. Casselberry (Chicago) ist der Ansicht, dass in den meisten der hier in Frage kommenden Fälle sich doch schliesslich Eiter finden lässt.

James E. Logan (Kansas City) berichtet über einen Fall, in dem die Kopfschmerzen stets zur selben Stunde des Morgens begannen und zu einer bestimmten Stunde nachmittags aufhörten. Entfernung eines Teiles der mittleren Muschel hatte keinen Erfolg. Schliesslich bekam L. durch Saugen etwas Sekret aus dem Ductus naso-frontalis. Die Untersuchung ergab, dass eine Mischinfektion mit Streptococcus und Staphylococcus aureus vorlag. L. liess eine Vaccine davon bereiten und machte drei Injektionen damit, worauf der Patient gesund wurde. Dasselbe Resultat wurde in einem anderen Falle mit der gleichen Behandlung erzielt.

Emil Mayer (New York): Die Eitermenge kann in diesen Fällen sehr gering sein. Er berichtet über den Fall eines jungen Mannes mit Akromegalie, der dauernde Kopfschmerzen, hohes Fieber und Delirien hatte und bei dem er kleine Mengen Eiter in der Nase fand. Auf Betreiben des Hausarztes entfernte M. die vorderen Siebbeinzellen mit dem Erfolg, dass die Kopfschmerzen und Delirien verschwanden.

Otto T. Freer (Chicago): Auch sehr stark vorspringende Leisten weit hinten in der Nase sind so selten die Ursache von Kopfschmerzen, dass er, was die Kopfschmerzen infolge von Druck in der Nase anbelangt, sehr skeptisch ist. Er stimmt mit Casselberry überein, dass es sich oft um eine latente Eiterung handelt. F. bespricht die Methoden für die Exploration der Höhlen; die Ausspülung derselben durch die natürliche Oeffnung ist nicht immer befriedigend. Er erinnert sich eines Falles, in dem die Kanüle das dünne Dach der Highmorshöhle durchbohrte, die Spülflüssigkeit in die Orbita gelangte und das Auge verloren ging. In einem Falle, in dem die Stirnhöhle durch die natürliche Oeffnung ausgespült wurde, bekam der Pat. Konvulsionen. Die Spülflüssigkeit konnte aus der engen Oeffnung nicht ausfliessen und es entstand ein intrakranieller Druck. Bisweilen wird nun auf eine verborgene Eiterung hingewiesen durch die Angabe des Patienten, dass ihm Sekret hinten in den Hals läuft. Der nach seiner Erfahrung am häufigsten affizierte Nerv ist der N. ethmoidalis anterior, der, wie Killian gezeigt hat, ein sehr sensitiver Nerv ist. Emil Mayer.

(Schluss folgt.)

III. Briefkasten.

Unser werter Mitarbeiter, Dr. L. Polyák, sowie Dr. Safraneck, haben sich an der Universität Budapest für Laryngologie habilitiert.

Prof. Burger (Amsterdam) hat uns ersucht, seinen Namen nicht mehr in der Liste der Mitarbeiter des Centralblattes zu führen. Wir teilen dies mit dem Ausdruck des Bedauerns mit und wollen nicht verfehlen, Herrn Prof. Burger für die langjährigen treuen und wertvollen Dienste, die er unserem Blatte geleistet hat, auch an dieser Stelle unseren aufrichtigen Dank auszusprechen. F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. März 1916. No. 3.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Entstehung und Entwickelung der Laryngoskopie.
Erinnerungen aus meiner ärztlichen Tätigkeit 1858—1913.
Von Prof. Dr. **Emerich von Navratil,**
Königl. ungar. Hofrat, emerit. Primarchirurg des St. Rochusspitales in Budapest.
gr. 8. 1914. 1,60 M.

Spezielle Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen
von Dr. **Felix Blumenfeld** (Wiesbaden).
Zweite vermehrte Auflage. gr. 8. 1909. 2 M. 80 Pf.

Klinik der Brustkrankheiten.
Herausgegeben von Primararzt Dr. **A. v. Sokolowski.**
I. Band: Krankheiten der Trachea, der Bronchien und der Lungen.
II. Band: Krankheiten des Brustfells und des Mittelfells. Lungenschwindsucht.
gr. 8. Zwei Bände. 1906. 32 M.

Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und des Halses
von Dr. **Aug. Most**, dirig. Arzt etc. (Breslau).
1906. gr. 8. Mit 11 Tafeln und 2 Textfig. 9 M.

Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit
in Europa und Amerika (Frankreich, Belgien, England, Deutschland). Denkschrift der Pirogoff-Gesellschaft Russischer Aerzte von Dr. **Ph. M. Blumenthal** in Moskau.
Deutsch bearbeitet von Dr. A. Dworetzky.
Mit einem Vorwort von Dr. E. v. Leyden. gr. 8. 1905. 5 M.

Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe
von Dr. **A. Kuttner.** gr. 8. 1904. 6 M.

Die chemische Pathologie der Tuberkulose.
Bearbeitet von Dozent Dr. Clemens, Dozent Dr. Jolles, Prof. Dr. R. May, Dr. v. Moraczewski, Dr. Ott, Dr. H. v. Schroetter, Dozent Dr. A. v. Weismayr.
Herausgegeben von Dr. **A. Ott.** 1903. gr. 8. 14 M.

Die Krankheiten des Kehlkopfes
von Dr. **M. Bukofzer.** gr. 8. 1903. 4 M. 60 Pf.

Mit- und Nachkrankheiten des Kehlkopfes
bei akuten und chronischen Infektionen
von Stabsarzt Dr. **W. Bussenius.** gr. 8. 1902. 1 M.

Archiv für Laryngologie und Rhinologie.
Begründet von Dr. **B. Fränkel**. Herausgegeben von den Professoren O. Chiari in Wien, G. Finder in Berlin, P. Gerber in Königsberg i. Pr., Kahler in Freiburg, G. Killian in Berlin, H. Neumayer in München, O. Seifert in Würzburg, G. Spiess in Frankfurt a. M.-Sachsenhausen. Redigirt von Prof. Dr. **Finder.** 29. Bd. 3. H. gr. 8. Mit 30 Tafeln und Textfiguren. 1915. 20 Mark.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, März. 1916. No. 3.

I. Referate.

a) Obere Luftwege, äusserer Hals, Medikamente, Instrumente.

1) **Gerhard H. Cocks. Experimentelle Studien über den Einfluss verschiedener atmosphärischer Zustände auf die oberen Luftwege.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Zweck dieser Versuche war die möglichst genaue Schätzung des Einflusses kalter, trocken- und feuchtwarmer Luft auf die Blutfülle der oberen Luftwege und auch des Einflusses abwechselnden Verweilens in kalter und heisser Luft. Auch der Reflexeinfluss, die Abkühlung des Kopfes mit kalter Luft, während der Körper sich in warmer Luft befand und umgekehrt, wurde in mehreren anderen Experimenten versucht.

Die Schlussfolgerungen des Verf.'s sind:

Bemerkbare Veränderungen in der Nasenschleimhaut werden durch Veränderung der Lufttemperatur und der Feuchtigkeit der Luft erzeugt. Heisse Luft erzeugt meistens Schwellung und Feuchtigkeit der Schleimhaut, kalte Luft hat den gegenteiligen Einfluss. Feuchtwarme Luft erzeugt diese Veränderungen in grösserem Maasse wie trockenwarme. Fälle von atrophischer Rhinitis unter den untersuchten Personen fand er in der Mehrzahl bei Arbeitern in feuchtwarmer Luft (Wäscheanstalten), und Verf. will den beständigen Aufenthalt in solcher Luft als zu atrophischer Rhinitis prädisponierend betrachten. C. und seine Mitarbeiter finden die ganze Frage sehr verwickelt und weiterer Versuche bedürftig. Eine vollständige Durchsicht der Literatur begleitet den Aufsatz.

OTTO FREER.

2) **Karl M. Menzel** (Wien). **Berufliche Erkrankungen an der Schleimhaut der oberen Luftwege der Bäcker.** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 394. 1915.*

Verf. untersuchte 76 Bäcker mit bezug auf das Verhalten ihrer Luftwege und glaubt auf Grund seiner Befunde zu dem Resultate zu gelangen, dass bei Bäckern beinahe die gleichen Veränderungen in den oberen Luftwegen vorkommen, wie er sie bei Stockdrechslern vorfinden konnte, wenn auch in etwas anderen Prozent-

verhältnissen; augenscheinlich spielt hier, wie dort der Holzstaub, der Mehlstaub eine Rolle, wenn auch letzterer nicht so schädlich zu sein scheint. Von den Erkrankungen sind zu erwähnen Perforationen des Septums, Atrophien der unteren und mittleren Nasenmuscheln, Hypertrophien, Epithelmetaplasien an den vorderen Partien des Septum. Auch die Zähne wurden bei den Bäckern vielfach erkrankt gefunden.

B. BAGINSKY.

3) **Gerber. Ueber Schussverletzungen der oberen Luftwege und benachbarter Teile.** Mit 9 Textfiguren und 18 Tafeln. Aus dem Festungs-Hauptlazarett Königsberg i. Pr. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 331. 1915.*

Die vorliegenden Mitteilungen über die in Frage stehenden Beobachtungen sind nur als vorläufige zu betrachten bis zur späteren Sichtung des Materials. G. unterscheidet: 1. die tangierenden Schüsse, Streif- und Konturschüsse, 2. perforierende Schüsse und 3. destruierende Schüsse. Die Zahl der Fälle ist keine grosse, obschon gegenüber den im Feldzuge 1870/71 beschriebenen die Zahl sich um Erhebliches jetzt vermehren dürfte. Was die Nase anlangt, so wurden Streifschüsse beobachtet, welche die Nasenspitze wegrissen, ferner Querschläger und Tunnelschüsse, die von einer Seite zur anderen den unteren Nasengang durchquerten. Auch die Nebenhöhlen sind häufig mitbetroffen mit Schussverletzungen der Mundhöhle, der Kiefergelenkgegend und des Unterkiefers. Von Kehlkopfverletzungen kamen nur relativ leichtere Fälle zur Beobachtung, Konturschüsse, welche das Kehlkopfinnere unberührt liessen, bei denen aber zeitweilig infolge entzündlicher Infiltrationen später Stimmstörungen usw. eintreten. Die schweren Durchschüsse, welche den ganzen Kehlkopf durchlöchern, entziehen sich leider infolge der schnellen tödlichen Ausgänge der Beobachtung. Die beigefügten Röntgenaufnahmen geben Aufschluss über den Sitz der Verletzung und der Geschosse.

R. BAGINSKY.

4) **Max Litthauer. Kasuistische Mitteilungen zur Kriegschirurgie: zwei Halsschüsse.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 1. S. 12. 1916.*

Fall 1. Gewehrschuss in den Hals. In der der Verletzung folgenden Nacht plötzlich Atemnot. Tracheotomia inferior im Feldlazarett. Nach Entfernung der Kanüle Ueberführung ins Kriegslazarett. Einschuss unterhalb des rechten Kieferwinkels am vorderen Rande des Kopfnickers. Heiserkeit, besonders nachts gelegentliche Anfälle von Atemnot. Röntgenuntersuchung: Spitzgeschoss fast quer vor der Wirbelsäule zwischen 5. und 7. Halswirbel mit gegen den Einschuss gerichteter Spitze, bei seitlicher Aufnahme, etwa in der Mitte zwischen oberem Schildknorpelrand und Wirbelsäule in der erwähnten Höhe liegend. Laryngoskopisch: Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel und der rechten ary-epiglottischen Falte geschwollen, gerötet, ödematös. Rechte Stimmlippe verdickt, der Kadaverstellung angenähert, kürzer als die linke erscheinend, bewegt sich nur gering beim Anlauten und der Respiration. Boden des Sinus pyriformis rechts höher als links. Die Schwellung reicht bis auf die Hinterfläche des Aryknorpels und der Ringknorpelplatte. Bei Entfernung des Geschosses Atemnot, die die Tracheotomia superior erfordert. Die Perichondritis arytaenoidea, die Verf. als Folge einer

direkten Verletzung des Aryknorpels oder des Reizes ansieht, welchen das in der Nähe liegende Projektil ausübte, blieb nach der Operation bestehen, ebenso wie die Anfälle von Atemnot noch einige Male nach der Operation aufgetreten waren. Endausgang des Falles unbekannt. Das Geschoss hatte sich wahrscheinlich beim Fluge gedreht.

Fall 2. Gewehrschuss in den Hals. Einschuss an der rechten Halsseite, unterhalb des Kieferwinkels, Hautemphysem am Hals und an den oberen Partien des Brustkorbs. Starke Dyspnoe. Röntgenaufnahme lässt ein Geschoss nicht erkennen. In den nächsten Stunden nach der Aufnahme Ausbreitung des Emphysems nach oben bis zu den Augenlidern, nach abwärts bis über den Beckengürtel hinaus. Dyspnoe in gefahrvoller Weise gesteigert. Bei der Operation fand sich eine in dem zerfetzten linken Schilddrüsenlappen gelegene, mit Blutgerinnsel gefüllte Wundhöhle. Im Grunde der Wunde Riss in der Luftröhre erkennbar, der erweitert und in den eine Kanüle eingeführt wird. Geschoss nicht fühlbar. Temperatur zunächst fieberhaft, am dritten Tage nach der Operation Kranker entfiebert. Hautemphysem nimmt rasch ab. Die Atemnot verschwunden. In der Nacht vom 4. zum 5. Krankheitstage Exitus in kürzester Frist durch abundante Blutung. Sektion zeigte, dass der Schusskanal den Hals in schräger Richtung von rechts oben nach links unten durchquerte, auf seinem Wege die kurze Halsmuskulatur rechts verletzte, die Trachea und den linken Schilddrüsenlappen aufgerissen hatte. Das Geschoss war mit seiner Spitze in der linken Vena anonyma stecken geblieben und hatte diese zunächst fest tamponiert. Von der Tracheotomie wohl untrennbarer Husten hatte diese Tamponade gelockert, bedauerlicherweise während der Nacht.

R. HOFFMANN.

5) **H. I. Wolff. Schussverletzungen.** Militärärztlicher Abend Ingolstadt, Sitzung vom 19. Juni 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. S. 1204. 1915.*

1. Verwundung an der rechten Halsseite. Im Röntgenbild Halsmuskulatur von einer Unzahl sehr kleiner Metallsplitter durchsetzt, ein grösserer liegt am zweiten Halswirbel. Unmittelbar nach der Verletzung Heiserkeit, die noch fortbesteht. Laryngoskopisch: Rötung und Schwellung der ganzen rechten Kehlkopfhälfte; anscheinend Bluterguss unter die Schleimhaut.

2. Soldat mit kleinem vernarbten Einschuss dicht unterhalb des Kehlkopfes, etwas nach rechts von der Mittellinie. Ausschuss oberhalb des linken Schulterblattrandes. Laryngoskopisch: Unterhalb der vorderen Kommissur in der Höhe des ersten Trachealringes spitze knorplige Vorwölbung, von Schleimhaut bedeckt, in das Luftröhrenlumen hineinragend: fast symptomlos verlaufene Fraktur eines Trachealknorpels.

R. HOFFMANN.

6) **J. Ausch** (Prag). **Ueber Schussverletzungen der Hirnnerven.** Nach einer Demonstration im Verein wissenschaftlicher Aerzte in Prag.

Fall 1 betrifft eine isolierte periphere Lähmung des Trigeminus, des Hypoglossus und des Sympathikus auf derselben Seite, hervorgerufen durch ein Gewehrprojektil. Nach der Lage der Ausschussöffnung dürfte es sich um eine

Verletzung des Ganglion supremum des Halssympathikus handeln, wofür das Krankheitsbild, das in besonderer Reinheit den Symptomenkomplex der Sympathikuslähmung zeigt, deutlich spricht.

Im 2. Fall handelt es sich gleichfalls um eine periphere Lähmung des Hypoglossus und des Glossopharyngeus, die man aus der vollkommenen Ageusie schliessen muss; die Sympathikuslähmung tritt hier nicht so rein auf, wie im ersten Falle. Beide Fälle erheischen ein besonderes militärärztliches Interesse aus folgenden Gründen:

Die Zungenlähmung bedingt, dass die gut gekaute Nahrung nur unvollkommen durch den Schlundkopf mit der Zunge fortbewegt werden kann. Wegen der mangelhaften Empfindlichkeit der Zunge kommt es wiederholt vor, dass die Patienten sich in die Zunge beissen, es ist sonach der Soldat in seiner Ernährung gestört und nicht kriegsdiensttauglich.

Der Vortragende empfiehlt, diese Gebrechen, welche die Sprache unverständlich machen und das Essen bedeutend behindern, als Superarbitrierungsgründe anzusehen und eventuell bei einer Neuauflage der Superarbitrierungsvorschriften in dem Verzeichnisse der Glossoplegie und Ageusie (Zungenlähmung und Geschmäcklähmung), hervorgerufen durch Nervenläsion (Tumoren, Geschossverletzung), zweckmässig namentlich Erwähnung zu tun. R. STEINER (PRAG).

7) **Leo B. Meyer** (New York). **Die konservative Behandlung vergrösserter Halsdrüsen. (The conservative treatment of enlarged (tuberculous) glands of the neck.)** *Med. Record. 10. Juli 1915.*

Das erste ist, den Mund- und Nasenrachenraum zu untersuchen, und alles Krankhafte, inkl. Zähne, zu beseitigen. Dann Injektionen einer 5proz. Jodoform-Oel-Emulsion oder einer 2—4proz. Lösung von Formalin in Glyzerin. Hat sich Eiter gebildet, dann soll eine kleine Inzision gemacht werden. FREUDENTHAL.

8) **Dostrowsky** (Kairo, Russland). **Zur Kenntnis des Cystadenoma colli papilliferum.** *Baseler Dissert. 1915.*

Seitdem man die Vorgänge bei der Entwicklung und Rückbildung der medianen Schilddrüse kennen gelernt hatte, begann man auch das Vorhandensein von epithelialen cystischen Bildungen am Halse in ihren Beziehungen zu jenen Vorgängen zu erforschen.

Verf. beschreibt den einschlägigen Fall eines 54jährigen Mannes, der in der rechten Supraklavikulargegend unter dem Platysma myoides eine dreifächerige Cyste hatte. Die Epithelialbeläge der Wand derselben fehlten bis auf ein papilläres Gebilde auf einer der Scheidewände zwischen den Cystenfächern. Im Stroma dieser Papillen finden sich diffus verteilte Cystenbläschen, die stark an Schilddrüsenbläschen erinnern. Andere Zeichen von embryonalen Versprengungen finden sich nicht vor.

Woher kommt jenes papilläre Gebilde? Dasselbe wird nach dem Verf. am ehesten verständlich, wenn man es aus abnorm differenziertem Drüsenepithel eines

der hinteren Kiemenbranchi herleitet, das sich einerseits zu einem cystischen Gebilde, andrerseits zu einem Papillom weitergebildet hat. Die Ueberlegungen, die zu dieser Schlussfolgerung führen, sind für Interessenten l. c. nachzulesen.

JONQUIÈRE.

9) **Goldhaber. Die Formaminttabletten und die Nachprüfung ihrer Wirkung.** *Centralbl. f. innere Med. No. 37. 1915.*

Aus den bakteriologisch-klinischen Untersuchungen von Verf. ergibt sich der unbestreitbare Wert der Formaminttabletten als Desinfiziens und Antiseptikum sowie ihre prophylaktische und therapeutische Bedeutung.

SEIFERT.

10) **K. Kofler. Neue Instrumente.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 49. S. 599. 1915.*

K. beschreibt und bildet folgende Instrumente ab: 1. Nasenspekulum für Operationen im hintersten Abschnitte der Nase. 2. Scharfe Septumzange. 3. Vomerzange. 4. Muschelbrecher. 5. Scharfe Nasenrachenzange. 6. Curette für die Rosenmüller'schen Gruben. 7. Schneidende Larynxzange, die aber nach Abbildung und Beschreibung wohl nichts anderes ist als die gebogene Kehlkopfzange nach Kümmel-Pfau, modifiziert nach Brünings. 8. Schneidende Epiglottiszange. 9. Kanülenaufsatz. 10. Rückwärtskrümmung aller von unten eingeführten metallenen Larynxdilatatoren. 11. Elliptische Tracheobronchoskopie für Kinder. (Elliptische statt der gewöhnlichen runden Rohre benützt die Chiari'sche Klinik seit mehr als 1 Jahr auch für die Oesophagoskopie beim Erwachsenen.) 12. Elektrischer, leicht ausschaltbarer Stirnreflektor, eine Modifikation des Clar'schen Reflektors. 13. T-Kanülen mit auswechselbarem oberen Schenkel. 14. Paraffinspritze, Modifikation der Brünings'schen Spritze. 15. Radiumträger für den Oesophagus. 16. Radiumträger für den Nasenrachenraum. 17. Radiumträger für die Tonsillargegend. 18. Radiumträger für die vordersten Partien der Nasenscheidewand.

OPPIKOFER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **L. D. Green. Intranasale Operation der Dakryostenose nebst Krankengeschichten. (Intranasal operation for dacryostenosis with case histories.)** *California state journal of medicine. Oktober 1914.*

Verf. beschreibt die Operation nach Polyak-West und berichtet über zwei nach dieser Methode operierte und geheilte Fälle.

EMIL MAYER.

12) **Otto Glogau. Ein Fall von Dakryocysto-Rhinostomie. (A case of dacryocysto-rhinostomy.)** *The Laryngoscope. Januar 1915.*

Die laterale Nasenwand wird kokainisiert und adrenalisiert. Durch den vorher geschlitzten Kanalikulus wird der Sack zuerst mit einer antiseptischen Lösung ausgespült und dann kokainisiert. Es wird dann eine Tränensonde eingeführt, am vorderen Ansatz der mittleren Muschel wird der Knochen mit der ihn bedeckenden Schleimhaut weggemeisselt bis eine Oeffnung von etwa 3 mm Durchmesser gebildet ist und der Meissel auf die von einem Assistenten nasenwärts gestossene Sonde

trifft. Ein Stück von der Wandung des Sackes wird dann nach West-Halle exzidiert. Es wird dann eine Sonde, die an ihrer Spitze ein Oehr trägt, mit ihrem stumpfen Ende eingeführt, bis man dieses aus der Tränensacköffnung in der Nasenhöhle hervorkommen sieht. In das Oehr am oberen Ende der Sonde wird ein Seidenfaden eingefädelt. Unter Leitung des Nasenspiegels wird dann das stumpfe Ende der Sonde mittels einer Nasenzange gefasst und so die ganze Sonde aus der Nase herausgezogen. Das nun aus der Nase heraushängende Ende des Seidenfadens wird dann mit dem anderen Ende am Kanalikulus verknüpft. Ein äusserer Verband ist nicht nötig. Die ganze Operation dauert nur ein paar Minuten. Der Seidenfaden bleibt in situ mehrere Wochen lang, bis keine Möglichkeit mehr besteht, dass die Wunde sich schliesst. Mittels eines Wattetampons wird der Faden mit einer 10proz. Protargollösung getränkt und auf und ab gezogen, wodurch das Medikament in intime Berührung mit dem ganzen Ductus naso-lacrymalis gebracht wird, was Pat. leicht lernt, selbst zu Hause zu machen.

EMIL MAYER.

13) **Hermann Hönig. Okulomotoriuslähmung als erstes Symptom eines Stirnhirnabszesses.** *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. September/Oktober 1915.*

14jähriger Knabe, links Parese aller äusseren Okulomotoriusäste, inkomplette Ptosis; nach 2 Tagen kommt zu der äusseren Okulomotoriuslähmung auch die innere. Nach 3 Tagen Exitus. Sektion ergibt einen alten Abszess von 7 cm im Durchmesser mit dicker pyogener Membran im linken Stirnlappen mit ausgedehntem Oedem der Umgebung. Rechte Stirnhöhle nicht vorhanden. In der linken Stirnhöhle Exsudat und Verdickung und Hyperämie der Schleimhaut; die linke Stirnhöhle war gegen die Nase vollkommen verschlossen.

FINDER.

14) **Otto Piffl. Ueber retrobulbäre Neuritis infolge von Nebenhöhlenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 231.*

Von 824 Fällen, die der deutschen oto-rhinologischen Klinik in Prag durch die Augenklinik zugewiesen wurden, zeigten 538 positiven Befund in der Nase ($70^3/_4$ pCt.), unter diesen waren 67 Nebenhöhlenerkrankungen. Am auffallendsten war die Koinzidenz von Nasenerkrankungen bei den retrobulbären Neuritiden. Unter 37 hierhergehörigen Fällen hatten 30 einen positiven Nasenbefund, unter diesen wiederum befanden sich 7 Nebenhöhlenerkrankungen (23 pCt.). Verf. berichtet ausführlich über 3 Fälle. In dem einen Fall war chronisches Empyem der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhlen vorhanden; nach Operation war anfangs Besserung des Sehvermögens vorhanden, dann aber traten trotz wiederholter Operationen immer wieder eitrige Rezidive ein, die das Sehvermögen fast ganz vernichteten und den Patienten schliesslich zum Suicidium trieben. Die beiden anderen Fälle verliefen in bezug auf die Besserung des Sehvermögens günstig.

Verf. steht auf dem Standpunkt, man solle bei Orbitalerkrankungen infolge von akuten Nebenhöhlenerkrankungen konservativ behandeln, solange keine Gefahr für den nervösen Apparat des Auges besteht; bei beginnender Sehnervenerkrankung muss jedoch auch bei akuten Fällen zur sofortigen radikalen Freilegung der erkrankten Nebenhöhlen geraten werden, ebenso wie bei chronischen Neben-

höhleneiterungen von einer abwartenden Behandlung kein Erfolg mehr zu erhoffen ist.

FINDER.

15) **Ladislaus Onodi. Ergänzungen zu meinem Aufsatz: Ueber die rhinogenen und otogenen Läsionen des Okulomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abduzens.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 259.*

Ergänzende Angaben.

KOTZ.

16) **Hilfrich. Ueber intraorbitale Komplikationen bei akuten und chronischen Nebenhöhlenaffektionen.** Aus der Univ.-Klinik f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Halle (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Denker). *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 31.*

Verf. gibt einen Ueberblick über die Zusammenhänge zwischen Nebenhöhlen- und Augenerkrankungen und erörtert Diagnose und Therapie. Nur das Zusammenarbeiten zwischen Rhinologen und Ophthalmologen kann Erspriessliches zutage fördern. Da die Erkennung der Empyeme besonders der hinteren Nebenhöhlen mitunter sehr schwierig ist, empfiehlt es sich, alle Orbitalphlegmonen und -Abszesse zweifelhaften Ursprungs zunächst dem Rhinologen zur Untersuchung und eventuellen operativen Behandlung zu überweisen. An Hand von 9 Fällen der Halleschen Klinik zeigt er das dort geübte Verfahren, sich nicht allzu lange mit exspektativer Behandlung und endonasalen Eingriffen aufzuhalten, sondern lieber bald zur Radikaloperation zu schreiten. Er verwirft das von anderer Seite empfohlene Vorgehen, rhinogene Abszesse und Phlegmonen der Orbita zuerst direkt zu eröffnen und die Behandlung der betreffenden Nebenhöhle auf später zu verschieben. Für drohende intrakranielle Komplikationen ist Urotropin rätlich.

KOTZ.

17) **Horowitz. Ueber einen Fall von Osteom der Stirnhöhle.** *Diss. Leipzig 1914.*

Verf. gibt zunächst eine Literaturübersicht. Die Symptome lassen sich einteilen in solche von Seiten des Auges und des Centralnervensystems. Erstere bestehen vor allem in Sehstörung infolge der Verdrängung des Bulbus (Exophthalmus, Doppelsehen, sehr häufig auch Neuritis optica); die Gehirnsymptome sind: Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Gedächtnisschwäche.

Im Fall des Verf.'s wölbte sich der Tumor auf der linken Stirnseite vor, über dem Margo supraorbitalis beginnend und fast bis zur Haargrenze reichend. Schmerzen bei Bewegungen des Auges, beiderseits Stauungspapille, beim Blick nach abwärts und Adduktion blieb das linke Auge etwas zurück. Ferner bestand Schwindel, Kopfschmerz, schwankender Gang und Erbrechen. Röntgenbild zeigte einen hühnereigrossen Schatten vom linken Sinus frontalis ausgehend und auf die innere obere Orbitalwand übergreifend. Operation. Heilung.

FINDER.

18) **Peter Hans Hosch. Erfolge der Radikaloperationen der Sinusitis frontalis.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 61. S. 347.*

Bericht über 34 an der Siebenmann'schen Klinik operierte Fälle. Die ersten 6 Fälle wurden nach dem Kuhnt-Riedel'schen Verfahren operiert, 24 Fälle nach Killian, wobei, wenn es sich um doppelseitige Operation handelte, die beiden Schnitte durch einen Querschnitt über der Nasenwurzel vereinigt

wurden, so dass ein H-Schnitt entstand. Wo bei doppelseitiger Stirnhöhlenoperation aus kosmetischen Gründen die Killian'sche Operation kontraindiziert ist, namentlich da, wo die seitliche Ausbreitung der Höhlen so gross ist, dass ein Recessus zygomaticus bei dem Killian'schen Verfahren als toter Raum zurückbleiben und zu Eiterretentionen Veranlassung geben könnte, wurde eine Modifikation nach Siebenmann angewandt, die in einer Rückwärtsverlagerung der Nasenwurzel besteht und deren genaue Ausführung hier geschildert wird. Nach dieser Modifikation wurde in 4 Fällen operiert.

Von den 34 Fällen endeten 2 — beide nach Killian operiert — tödlich; die übrigen 32 durften, soweit die Kontrolluntersuchungen durchführbar waren, als geheilt angesehen werden.

FINDER.

19) **Howard A. Lothrop** (Boston, Mass.). **Die Eiterungen der Stirnhöhle mit den Resultaten einer neuen Operation. (Frontal sinus operation with results of new operative procedure.)** *Journal american med. assoc. 10. Juli 1915.*

Es ist nicht ratsam, den Boden der Stirnhöhle durch eine intranasale Operation zu entfernen, denn 1. kann man das nicht tun ohne genaue Inspektion der Gegend und 2. weil das Risiko zu gross ist. L. rühmt für seine von aussen zu machende Operation eine volle Uebersichtlichkeit, sehr geringe Narbe und sehr grosse, permanente Oeffnung in die Nasenhöhle hinein. Die Hauptsache der Neuerung besteht darin, dass L. das „dichte Knochengewebe", das sich aus dem Os frontale, nasale und dem Processus nas. des Oberkiefers zusammensetzt, mittels eines Drills stark erweitert. Eine solche Oeffnung ermöglicht permanente Drainage.

FREUDENTHAL

20) **C. Johnstone Imperatori. Chronische Stirnhöhlen- und Keilbeinhöhlenentzündung mit Ausgang in Influenzameningitis.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Ein 26jähriger Mann wurde vor 5 Jahren wegen Stirnhöhleneiterung, welche atrophische Rhinitis komplizierte, radikal nach Killian operiert. Nach vierjährigem Wohlbefinden zeigte sich eine eiternde Fistel in der linken Stirnhöhlengegend nebst Eiterung der linken Keilbeinhöhle. Nach dieser zweiten Operation scheinbare Heilung bis Mai 1915, wo der Patient mit Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz erkrankte, von Aphasie mit Lähmung des rechten Armes und des rechten Fazialnerven gefolgt. Diese Erscheinungen verschwanden aber wieder von selbst. Eine Dekompressionsoperation wurde in der linken Schläfengegend gemacht und die hintere Stirnhöhlenwand wurde entfernt, ohne dass auf einen Eiterherd getroffen wurde. Exitus im Koma. Die Autopsie zeigte eine Basilarmeningitis, ausgehend von dem linken Recessus sphenoidalis der Nasenhöhle.

OTTO FREER.

21) **Lubliner. Das Steckenbleiben einer Gewehrkugel in der Kieferhöhle und der Geschosshülse in den Siebbeinzellen. (Rana postrzatowa nosa zuwiezgniece kuli w jamie highmora.)** *Medycyna. No. 43. 1914.*

Verf. teilt aus der oto-laryngologischen Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Warschau den folgenden Fall mit: Ein russischer Soldat, der sich gerade

mit nach hinten geneigtem Kopfe in der Bauchlage befand, wurde von einem Gewehrgeschoss in die rechte Nasenbeingegend getroffen. Auf der Abteilung fand man $1^1/_2$ cm unterhalb des inneren Augenwinkels rechts eine 4 qmm grosse, mit einem Schorf bedeckte Eingangsöffnung; die umgebende Haut etwas geschwollen. Die Rhinoskopie lieferte wegen Schwellung der Schleimhaut und Blutgerinnsel kein genügend klares Bild. Der Allgemeinzustand war ein guter. Temperatur normal. Die Beschwerden bestanden lediglich in einem stumpfen Gefühl im Oberkieferzahnfleisch der rechten Seite. Im Laufe der nächsten Tage wurde das Nasensekret allmählich ein schleimig-eitriges. Die Durchleuchtung ergab eine völlige Verdunkelung der rechten Seite. Bei wiederholter Rhinoskopie fand man rechts eine breite, von unten mit Granulationen bedeckte Verwachsung zwischen der mittleren Muschel und der Nasenscheidewand. Die Sondierung der vorderen Siebbeinzellen war erschwert, es gelang aber eine schleimig-eitrige Absonderung nachzuweisen. Röntgenaufnahme: In der unteren Wand der Kieferhöhle, oberhalb des Alveolarfortsatzes, in der Gegend des 1.—3. Mahlzahnes, ein runder, dichter Schatten, $1^1/_2$ cm im Durchmesser, zwei andere schmale Schatten, ein geradliniger und ein bogenförmiger — etwa $^3/_4$ cm lang —, wahrscheinlich von der Geschosshülse, befinden sich in den vorderen Siebbeinzellen. Die beabsichtigte Operation musste wegen einer anbefohlenen Räumung des Krankenhauses unterlassen werden.

v. SOKOLOWSKI.

22) **Albert. Beitrag zur Behandlung der Stirnhöhlenschüsse.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 5.*

Mitteilung von 3 Fällen schwerer Stirnhöhlenschussverwundung.

Fall 1. Granatschuss dringt an der Stirn über dem linken Auge ein und geht von der Stirnhöhle durch das Siebbein und die Nasenhöhle in die Mundrachenhöhle. Das Geschoss selbst ist nicht zu finden. Da die Wunde an der Stirne beständig weiter eitert, so wird 4 Monate nach dem Unfall die Stirnhöhlenoperation vorgenommen; Entfernung von Sequestern, Dura granulierend. Heilung.

Fall 2. Verwundung durch Schrapnellgeschoss über dem rechten Auge. Heilung der Stirnwunde ohne Schwierigkeiten. 14 Tage nach der Verwundung Fallen der Schrapnellkugel durch den Nasenrachen in den Mund, so dass Patient sie ausspuckte. Nachträglich wieder Eiterung aus der schon vernarbten Stirnwunde und starker Schwindel. Deshalb Stirnhöhlenoperation: Dura freiliegend. Heilung.

Fall 3. Verwundung durch Infanteriegeschoss oberhalb des linken Auges und Austreten des Geschosses oberhalb des rechten Auges. Eiterung der Ausschussöffnung. 3 Monate nach der Verwundung Freilegen der Fistel, Entfernen eines Sequesters, Abfliessen von Liquor. Heilung.

Die Schussverletzungen der Nebenhöhlen haben grosse Neigung zur Eiterung, einerseits infolge der Absprengung von Knochenteilchen, die nun als Fremdkörper wirken, und andererseits infolge der nasalen Infektion. Bei der Operation der Stirnhöhlenschussverwundungen treten die kosmetischen Rücksichten in den Hintergrund und wird deshalb die ganze vordere Stirnhöhlenwand reseziert. Auch ist es angezeigt, das Siebbein vollständig zu entfernen, um nicht eine erkrankte Zelle zu übersehen.

OPPIKOFER.

23) **G. Krebs. Bemerkungen zu den Gesichtsschüssen mit Beteiligung der Nasenhöhle.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 35. S. 1203. 1915.*

Häufig kommen nach Gesichtsschüssen Verwachsungen in der Nase zustande, weil dem Naseninnern nicht genügend Aufmerksamkeit zuteil wird. Zur Beseitigung der Verwachsungen empfiehlt Verf. breite Exzision der Synechien, eventuell nachträglich Einlegen eines Guttaperchastreifens. Nach des Verf.'s Erfahrung ist ein Empyem in durchschossenen Nebenhöhlen nicht allzu häufig. Diaphanoskopie und Radiographie versagen für die Diagnose sehr oft, da durchschossene Kieferhöhlen und Siebbeinzellen im Röntgenbild fast immer dunkel sind, auch wenn sie keinen Eiter enthalten. Von Probespülungen ist abzuraten, weil auch noch ziemlich lange nach der Verletzung ungeheilte Fissuren bis zur Schädelbasis führen und so schwere Komplikationen entstehen können. KOTZ.

24) **O. Seidel. Ueber Verletzungen und Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen im Kriege und ihre Behandlung.** Aus der oto-laryngologischen Univ.-Klinik und dem Vereinslazarett I zu Jena. *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 24. S. 825. 1915.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s (er teilt 2 Fälle mit) empfiehlt es sich im Gegensatz zu den im allgemeinen harmlos verlaufenden Schussverletzungen der Kieferhöhlen bei allen Schädelschüssen (Querschüssen), bei denen der Schusskanal durch Siebbein und Stirnhöhle führend nahe der Schädelbasis verläuft, sofort die Radikaloperation nach Killian vorzunehmen, auch dann, wenn die Rhinoskopie keinen Eiter zeigt und kein Fieber und keine Kopfschmerzen bestehen. Nur so könne man dem eventuellen Auftreten von intrakraniellen Komplikationen begegnen. Nur bei Vertikalschüssen, bei denen der Schusskanal eine breite Verbindung der verletzten Nebenhöhle mit dem Naseninnern geschaffen hat, könne davon Abstand genommen werden.

Da natürlich solche Verletzungen um so leichter zu einer Komplikation führen, wenn sie eine schon erkrankte Nebenhöhle treffen, so liege es nahe, alle mit Stirnhöhlen- und Siebbeineiterungen Behafteten erst dann für felddiensttauglich zu erklären, wenn die Radikaloperation vorgenommen ist! KOTZ.

25) **G. Alexander. Steckschuss in der rechten Fossa pterygopalatina nach Durchschuss der Nase.** *Oesterreich. otol. Gesellschaft. 22. Februar 1915.*

Die Indikation zur Entfernung des Projektils war in diesem Falle durch die fast vollständige Mundsperre gegeben. Die transmaxillare Methode war hier nicht durchführbar, die Entfernung durch Operation von aussen ist auf Grund genau orientierender Röntgenbilder gelungen. Hierbei musste jede Verletzung eines Fazialastes vermieden werden, ebenso jede Knochenverletzung, welche die Schädelarchitektur gestört und die Festigkeit des Oberkiefers vermindert hätte. Die Operationsart hat diese Forderungen erfüllt. HANSZEL.

26) **Seifert** (Würzburg). **Grosser Granatsplitter im Nasenrachenraum.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 1. 1916.*

Eindringen eines Granatsplitters durch die Nase und Steckenbleiben in der

Schädelbasis. Röntgenbild. Einkeilung derart fest, dass Extraktion auf natürlichem Wege durch die Nase (nach Lösen der Synechien) nicht gelingt; zudem starke Blutung. Deshalb temporäre Oberkieferresektion und Extraktion des 6 cm langen und 0,5—2,0 cm breiten Granatsplitters; dabei Blutung so stark, dass sofort die Art. carotis communis unterbunden werden musste. Reaktionslose Heilung. 1 Monat nach der Operation ganz unerwartete heftige Blutung aus der Nase, die sich einen Tag später trotz der hochgradigen Anämie und der Tamponade des Nasenrachenraums wiederholte. Exitus infolge der Anämie. Sektion: Arrosion der linken Art. carotis interna an der Schädelbasis mit Bildung eines falschen Aneurysmas, periphere traumatische Erweichung im linken Schläfenlappen lateral vom Canalis caroticus.

Die tödliche Blutung war also aus diesem falschen Aneurysma erfolgt, und zwar auf retrogradem Wege, da die Unterbindungsstelle der linken Art. carotis thrombosiert war.

OPPIKOFER.

27) **N. S. Ferry. Studie über die Bakteriologie des Nasenrachenraums bei Scharlach. (Study of bacteriology of the posterior nasopharynx in scarlatina.)** *Medical Record. 23. Mai 1914.*

Verf. hat einen Mikroorganismus isoliert, den er „Mic. S." nennt; er ist grampositiv und verflüssigt zu gleicher Zeit Gelatine. Durch diese beiden Reaktionen ist der betreffende Mikroorganismus von allen übrigen im Halse vorkommenden Mikroorganismen zu unterscheiden.

EMIL MAYER.

28) **Sohier Bryant. Uebergangsepithel im Nasenrachen. (Transitional epithelium in the rhinopharynx.)** *Transactions amer. otological society. 3./4. Juni 1915.*

Um die Grenzlinien zwischen Pflasterepithel und Flimmerepithel im Rhinopharynx festzustellen, hat Verf. Untersuchungen bei Kaninchen, Meerschweinchen, Katzen, Affen und beim Menschen gemacht. Er fand eine dritte Epithelvarietät, die ein Mittelding zwischen Pflasterepithel und Zylinderepithel bildet. Dieses Epithel erstreckt sich rings um den Rhinopharynx; Verf. fand, dass seine Grenzen bei den verschiedenen Spezies verschieden verlaufen, und zwar ändert sich die Lage des Uebergangepithels mit der oberen Grenze des peristaltischen Verdauungstraktus. Der hintere Rand der Uebergangszone liegt da, wo die Schleimhaut anfängt, von der Nahrung und den Verdauungsflüssigkeiten berührt zu werden.

FINDER.

29) **Alfred Denker. Zur operativen Behandlung der typischen Nasenrachenfibrome.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 1.*

In gewissen Fällen, besonders wenn es sich um solche nahe der Immungrenze — d. h. im Anfang der zwanziger Jahre — handelt, führt bei Ausdauer und Geduld die Elektrolyse zum Ziele. Bleibt der Erfolg aus, so empfiehlt Verf. für die Fälle, wo die Geschwulst intrapharyngeal entspringt, sich hauptsächlich im Nasenrachenraum ausbreitet und keine allzugrossen Fortsätze in die Nase, die Nebenhöhlen und die Fossa retromaxillaris schickt, die Entfernung per vias naturales. Es wird zuerst mittels des Fingers die Geschwulst von den Wänden abgehebelt und zugleich die vorhandenen Fortsätze in den Nasenrachenraum

hineingewälzt, so dass auf diese Weise aus der breitbasigen Geschwulst eine gestielte wird. Verf. entfernt dann die Geschwulst nicht mittels der Schlinge von der Nase aus, sondern mittels einer von ihm angegebenen Geschwulstzange vom Munde aus. Wenn dagegen der intrapharyngeal entspringende Tumor sehr ausgedehnte Fortsätze aufweist, oder wenn er extrapharyngeal in der Fossa sphenopalatina entspringt, so wendet Verf. die von ihm auf dem Internationalen Laryngologenkongress in Wien empfohlene Methode an, die darin besteht, dass man vom Munde aus unter Resektion der fazialen und der ganzen medialen Kieferhöhlenwand und nach Exstirpation des Siebbeinlabyrinths bis zur Schädelbasis vordringt, wobei es nötig ist, um einen Zugang auch zu den vorderen Siebbeinzellen zu erhalten, dass man nicht nur die faziale Kieferhöhlenwand, sondern auch den Proc. frontalis des Oberkiefers weit nach oben zu reseziert.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

30) **Reent Martens. Der Torus palatinus als Rassenmerkmal.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 153.*

Verf. hat eine grosse Anzahl von Schädeln in verschiedenen Sammlungen untersucht. Sieht man von den etruskischen Gräberschädeln ab, bei denen sich der Torus palatinus in 29,37 pCt. der Fälle fand, so schwankt die Häufigkeit bei den von M. untersuchten Völkerschaften zwischen 16,67 pCt. und 3,19 pCt. Die Europäer zeigten durchweg einen häufigeren Torus als die Bewohner der anderen vier Erdteile.

FINDER.

31) **Göppert. Therapeutische Vorschläge aus dem Gebiet der Kinderheilkunde. Therapie der Stomatitis aphthosa.** *Therap. Monatsh. September 1915.*

Hauptsache ist Linderung der Schmerzen durch Aneson, Orthoform, Anästhesin oder Propesin; Aneson wird aufgetupft, die anderen Mittel, zu 2 Teilen mit Milchzucker verdünnt, ohne Berührung des Zahnfleisches aus einem Pinsel ausgeklopft, und zwar 5—10 Minuten vor jeder Mahlzeit. Adstringentien wirken, als Mundspülmittel angewandt, sehr wenig, und beim Pinseln und Tupfen werden Läsionen bewirkt. Erst beim Nachlassen der Krankheit sieht man wohl eine Beschleunigung der Abheilung durch Mundspülen mit Wasserstoffsuperoxyd oder Myrrhentinktur.

FINDER.

32) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Pathologie und Therapie der Pharyngitis lateralis.** *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 403. 1915.*

Die zuerst von M. Schmidt 1889 beschriebene, auf die seitliche Pharynxwand beschränkte entzündliche Affektion macht Verf. von neuem zum Gegenstande einer zusammenfassenden Darstellung und bespricht das Wesen, die Aetiologie, Pathogenese, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie in einer sehr ausführlichen Weise. Therapeutisch wird der ganze lokale Heilapparat in Anwendung gebracht, die chemische Aetzung der Seitenstrangoberfläche bis zur blutigen Exstirpation, mit und ohne Erfolg.

B. BAGINSKY.

33) **M. Hertz. Ein Fall von Pharynxfistel. (Pnypadek pmtoki garstuli.)** *Medycyna. No. 28.*

Bei einem 14jährigen Knaben, bei welchem seit 3 Monaten eine Dysphagie bestand und Schmerzen, besonders bei Kopfbewegungen, vorhanden waren, wurde bei der Untersuchung eine Fistel auf der hinteren Pharynxwand, entsprechend der Gegend des 4. bis 5. Halswirbels, gefunden. Der fistulöse Gang hatte eine Länge von etwa 1 cm, und in der Tiefe stiess die Sonde auf eine rauhe Knochenfläche. Bei der Untersuchung mittels Röntgenstrahlen entdeckte man keine Veränderungen an den entsprechenden Wirbeln. Der Kranke hatte vor 2 Jahren einen schweren Abdominaltyphus durchgemacht; seit der Zeit war sein Allgemeinzustand sehr elend.

v. SOKOLOWSKI.

34) **J. W. M. Indemans** (Mastricht). **Angeborene und erworbene symmetrische Hypertrophie der Speicheldrüsen und des Lymphgefässsystems des Halses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. S. 642. 1915.*

Im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall von angeborener symmetrischer Hypertrophie der Speicheldrüsen usw. (dieses Centralblatt, No. 7, S. 216) vergleicht Verf. das Krankheitsbild bei dieser mit dem bei der v. Mikulicz'schen Krankheit. In der Art ihres Entstehens different, zeigen beide Krankheitsprozesse topographisch und pathologisch-anatomisch (Veränderungen hauptsächlich im Lymphgefäss- und Lymphdrüsensystem) eine grosse Uebereinstimmung. Das lässt vermuten, dass bei der angeborenen Hypertrophie ein embryologischer Reiz wirkt mit demselben Angriffspunkt wie der endokrine Reiz, der später zur Entwicklung des Symptomenkomplexes der v. Mikulicz'schen Krankheit Anlass gibt. In dieser letzteren Beziehung gedenkt Verf. einer Hypothese Wijn's, nach der das endokrine Organ, von dem der Reiz bei den obigen Krankheitszuständen ausgeht, in der Hypophysis cerebri zu suchen ist.

R. HOFFMANN.

35) **Merz** (Menzikon). **Ueber eine seltene retropharyngeal gelegene Bindegewebsgeschwulst mit Einschlüssen von Ganglienzellen.** *Baseler Dissert. 1915.*

Eine wahrscheinlich angeborene kleinapfelgrosse, derbelastische kuglige Geschwulst rechts an der hinteren Rachenwand, von normaler Schleimhaut überzogen, bei einem 17jährigen Burschen. Dieselbe wird in Narkose stumpf ausgeschält; rasche Heilung, kein Rezidiv. Der Tumor ist $7^1/_2$ cm lang, $5^1/_2$ cm breit, $3^1/_2$ cm dick. Er zeigt sich als eine mit Ganglienzellen stark durchsetzte Bindegewebsgeschwulst. Der Bursche ist nicht vollwertig entwickelt, etwas idiotisch, hat rachitischen Habitus, Knochenauftreibungen, Säbelbeine, zahlreiche zerstreute Pigmentflecken am ganzen Rumpf. Die letzteren sind wahrscheinlich einer Störung des Nervus sympathicus zuzuschreiben, für welche noch folgende Symptome sprechen: Pupillenverengerung rechts, Enophthalmus rechts, Lidspalte rechts enger, vermehrte Schweisssekretion der rechten Gesichtshälfte.

Verf. glaubt mit Sicherheit annehmen zu dürfen, dass der Tumor seinen Ursprung von dem das Ganglion cervicale supremum durchziehenden und umschliessenden Bindegewebe genommen hat.

JONQUIÈRE.

36) **G. Alagna. Ueber einen Fall von Mischgeschwulst des beweglichen Gaumensegels. (Lipoma myxomatosum.)** Mit 7 Abb. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 179.*

Der hühnereigrosse, weiche Tumor, durch den Pat. seit etwa 1 Jahr Beschwerden hatte, konnte leicht mit dem Finger ausgeschält und fast ohne Blutung entfernt werden. Die genau durchgeführte histopathologische und histochemische Untersuchung ergab ein myxomatöses Lipom. Verf. fand in der Literatur keinen ähnlichen Fall.

KOTZ.

37) **O. Levinstein** (Berlin). **Die Angina Vincenti der Seitenstränge.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 8. S. 29. 1916.*

Fall von Angina Vincenti des rechten Seitenstranges. Verf. empfiehlt in Fällen von Angina Vincenti die innerliche Verabreichung von Kali chloricum. Salvarsan ist nur dann anzuwenden, wenn einmal die erst erwähnte Medikation im Stiche lässt.

OPPIKOFER.

38) **Martin J. Synnott. Angina Vincenti. (Vincent's angina.)** *New York med. journal. 6. März 1915.*

Verf. behandelte mit direkter Applikation von unverdünnter Eisenchloridtinktur; es trat sofort Besserung ein, und nach 14 Tagen war völlige Heilung vorhanden.

Die Prognose ist im allgemeinen gut, Komplikationen sind äusserst selten und können bestehen in Ulzerationen des Larynx, Bronchopneumonie, Toxämie, Meningitis, Hirn-, Leber-, Milzabszess. Verf. hatte in seiner Praxis einen tödlich verlaufenden Fall, der ein 2 Jahre altes Kind betraf. Die Ulzerationen auf den Tonsillen reagierten auf keinerlei Behandlung, der Zustand des Kindes wurde bald sehr bedenklich, es trat hohes Fieber ein, schwere Toxämie, mit nachfolgender allgemeiner Pyämie und multiplen Abszessen in verschiedenen Körperteilen. Der Eiter aus diesen Abszessen enthielt keinerlei Mikroorganismen, Kulturversuche auf den verschiedensten Nährböden fielen negativ aus. Das Kind litt an vollkommener Anorexie und ging schliesslich nach 10 Tagen an Erschöpfung zugrunde.

EMIL MAYER.

39) **Otis H. Johnson** (Jacksonville, Fla.) **Tonsillektomie.** *Journ. of the Florida med. assoc. November 1915.*

Verf. bespricht die Methode der Enukleation und die Gefahren derselben, besonders die Zerrung und Reissung der die Tonsillen umgebenden Muskulatur, die Zerreissung der Gaumenbögen usw. und stellt dann als die beste Methode die von Sluder empfohlene dar.

FREUDENTHAL.

40) **Gilbert D. Murray** (Scranton, Pa.). **Studie über 848 Tonsillektomien. (A study of 848 cases of tonsillectomy.)** *Pennsylvania med. journ. Aug. 1915.*

Wo die Mandeln den Fokus für eine Infektion bildeten, da wurden nach Entfernung derselben oft auch entfernte Affektionen beseitigt, wie Anämie, Ohrenfluss, Nebenhöhlenerkrankungen, Arthritis rheumatica, vergrösserte Cervikaldrüsen, Verdauungsstörungen usw. Detaillierter Bericht über die vom Verf. operierten Fälle.

FREUDENTHAL.

41) **Francis R. Packard. Die Indikationen für die Entfernung von Tonsillen und Adenoiden bei Kindern. (The indications for the removal of tonsils and adenoids in children.)** *The Therapeutic Gazette. 15. Februar 1915.*

Für die Entfernung der Adenoiden ist die Hauptindikation das Bestehen von Ohrerkrankungen. Eine sehr wichtige Indikation für die Entfernung der Tonsillen sind Infektionen der Cervikaldrüsen, deren häufigste Quelle die Tonsillarerkrankungen sind, ferner rheumatische und tuberkulöse Infektionen, deren Eintrittspforte die Tonsillen sind, weiter häufige Halsentzündungen. Verf. hat in den letzten Jahren häufig erkrankte Tonsillen auch in Fällen von vorgeschrittener Herz- und Nierenkrankheit entfernt, ohne je einen schlechten Einfluss der Operation auf die Erkrankung konstatieren zu können.

EMIL MAYER.

42) **Sandford Blum. Theorie der Tonsillektomie: Resultate derselben bei Kindern. (Theory of tonsillectomy: Results in pediatrics.)** *The Laryngoscope. September 1915.*

Unter 100 nicht ausgewählten Kindern fand Verf. 22, denen die Mandeln entfernt worden waren. Bei vielen derselben war kein vernünftiger Grund für die Tonsillektomie zu finden. Manche Beschwerden, welche durch die Tonsillektomie hätten beseitigt werden sollen, wurden durch dieselbe nicht beeinflusst, zum Beispiel: Heiserkeit, häufige Nasenkatarrhe, Enuresis nocturna, Mundatmung. In 11 Fällen war überhaupt kein Grund, weshalb operiert wurde, zu finden. Obwohl die Mandeln entfernt waren, entstand bei vielen Kindern Vergrösserung der Halsdrüsen, Endokarditis mit Klappenfehlern und Chorea, Zustände, für deren Entstehung die gegenwärtig in den Vereinigten Staaten meist gültige Lehre den Mandeln die Hauptschuld aufbürdet.

Verf. richtet sich gegen die in Nord-Amerika zur Manie gewordene Massenentfernung der Mandeln, für die als Begründung angegeben wird, dass alle möglichen Beschwerden, von denen niemand noch vor wenigen Jahren geglaubt hätte, dass sie von den Mandeln ausgehen können, durch sie erzeugt werden. Verf. gibt folgende Liste solcher Leiden an: Aneurysma, Appendicitis, Erysipelas, Meningitis, Iritis, Pleuritis, Pneumonie, Paraplegie, Strabismus, Parotitis, Nephritis, Osteomyelitis, Oophoritis, Orchitis, Typhus abdominalis und Struma. Verf. ist wegen seines Widerstandes gegen die zunehmende Frivolität in der Stellung der Indikationen zur Tonsillektomie nur zu loben.

Verf. spritzte unlösliche Chemikalien in die Halsdrüsen von Meerschweinchen und gewann Teilchen des eingespritzten Materials in den Mandeln; er will damit zeigen, dass die Mandeln auch Organe der Exkretion für die Halsdrüsen sind.

Verf. betrachtet die Rachenmandel mindestens ebenso oft als septischen Herd wirkend wie die Gaumenmandeln.

OTTO FREER.

43) **Carmody. Tod infolge Blutung nach Peritonsillarabszess. (Death from hemorrhage following peritonsillar abscess.)** *Colorado med. September 1915.*

Verf. diskutiert verschiedene Typen von Blutung in diesen Zuständen und berichtet über einen diesbezüglichen tödlichen Fall bei einem dreijährigen Kinde, bei dem spontane Blutung, mit Berstung eines Abszesses, unmittelbar zum Tode führte.

HORNE.

44) **James H. Heacock** (New York). **Ein neuer Tonsillendepressor. (A new tonsil depressor.)** *New York med. journ. 18. Dezember 1915.*

Der Zeigefinger wird mit dieser metallenen Decke armiert, um so bei der Sluder'schen Operation die Tonsille leichter durch den Ring des Tonsillotoms hindurchpressen zu können.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

45) **Fahr. Beiträge zur Diphtheriefrage.** Aerztlicher Verein Hamburg, Sitzung vom 19. Oktober 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. S. 1292. 1915.*

Untersuchungen von 144 Todesfällen an Diphtherie, von denen einer prophylaktisch, 4 am ersten, 24 am zweiten Krankheitstage Antitoxin erhalten hatten. Untersucht wurden Herz, Leber, Nieren. Am Herzen fanden sich in den 144 Fällen 127mal Veränderungen und zwar 23mal lediglich Verfettung, 18mal kleine interstitielle Infiltrate, 42mal beides zusammen. 4mal fand F. den von Eppinger als Myolyse bezeichneten Prozess, bei dem es zu einer Auflösung des Plasmas im Anschluss an einen der wachsartigen Degeneration ähnlichen, aber nicht mit ihr identischen Prozess oder zu Vakuolenbildung kommt. Diese drei verschiedenen Prozesse sind auf das Diphtheriegift selbst zu beziehen. Streptokokken-Sekundärinfektion war bei allen dreien in einem Teile der Fälle vorhanden und fehlte im anderen Teil. Für die klinischen Erscheinungen kommt nur die Myolyse ursächlich in Frage, die anderen Formen der Herzaffektionen fanden sich auch, wenn klinisch keine Erscheinungen vorhanden waren.

Auch an den Nieren kommen zwei verschiedene Prozesse, nämlich degenerative und entzündliche, zur Beobachtung. Unter 110 Fällen 47mal Veränderungen. Die Leber fand F. unter 90 Fällen nur 5mal ohne Befund. Es wurden konstatiert entzündliche Veränderungen an der Glisson'schen Kapsel, Verfettungen, Koagulationsnekrosen. Alle diese Veränderungen sind völlig unabhängig voneinander, wie von der Behandlung mit und ohne Serum, wie endlich auch von dem Bestehen einer Sekundärinfektion. Aus diesen nicht nur quantitativen, sondern auch qualitativen Verschiedenheiten der Organaffektionen schliesst F., dass auch das Diphtheriegift qualitativ verschieden sein muss.

Die Veränderungen, welche das Virus auf dem Wege vom Bildungs- zum Wirkungsort durchmacht, die Symbiose mit anderen Bakterien und manches andere macht die Diphtheriefälle beim Menschen verschieden von der experimentellen Diphtherie. Gegen ein derartig uneinheitliches Toxin kann auch ein einheitliches Antitoxin nicht immer wirksam sein.

R. HOFFMANN.

46) **Robert A. Keiltz** (Philadelphia, Pa.). **Das Vorhandensein von Diphtheriebazillen im gesunden Halse. (A study of the occurence of diphtheria bacilli in normal throats.)** *Med. Record. 21. August 1915.*

1. Der Prozentsatz des Befundes von Klebs-Löffler-Bazillen bei gesunden Menschen ist gering oder gleich Null. 2. Ein positives Ergebnis bei verdächtigen Membranen ist sehr wichtig. 3. Der Befund von Kulturen im Halse wird überschätzt.

FREUDENTHAL.

47) **Halyozonn** (Killis, Türkei). **Die Behandlung der diphtherischen Lähmungen mit Injektionen von Diphtherieserum. (Le traitement des paralysies diphtériques par les injections du sérum antidiphtérique.)** *Genfer Dissert. 1915.*

Verf. hebt vor allem hervor, dass das Serum, im Gegensatz zu der Meinung mancher Kliniker und Aerzte und des Publikums, die Zahl der Lähmungen bedeutend vermindert. Vor der Serumzeit seien eben die Kinder gestorben, bevor die Lähmungen, die ja später auftreten, bemerkt werden konnten (Comby). Auch behauptet Verf., die nicht seltenen spontanen Heilungen der Lähmungen seien kein Grund gegen die Anwendung des Serums. Die Frequenz der Lähmungen werde durchschnittlich auf 9—12 pCt. der Diphtheriefälle berechnet; bei Erwachsenen sind sie etwas seltener.

Diese Behandlung soll sofort beim ersten Erscheinen der Lähmung vorgenommen werden, täglich oder zweitäglich, je nach dem Alter des Patienten und der Schwere des Falles. Das Serum wird selbst in starken Dosen sehr gut vertragen. Es werden 1500—4000 A.-E. p. dos., bei starker Intoxikation bis 9000 A.-E. p. die eingespritzt. Kleine flüchtige Hautexantheme und andere Zufälligkeiten bei Serumbehandlung seien durchaus belanglos.

Ref. kann das alles vollauf bestätigen. Bezüglich der Exantheme ist zu ihrer Vermeidung zu betonen, dass nur gegen starkes Licht gehaltenes, ganz klares Serum eingespritzt werden sollte.

JONQUIÈRE.

48) **Barabás. Sensible Störungen bei postdiphtherischen Lähmungen.** *Jahrb. f. Kinderheilk. H. 6. 1915.*

In einem grossen Teil der mit schweren Symptomen einhergehenden Fälle von Paralysis postdiphtherica finden wir dissoziierte sensorische Lähmungen und zwar die Herabsetzung bzw. vollkommene Aufhebung des Schmerzgefühls bei unveränderter Erhaltung der übrigen Gefühlsqualitäten. Die Aufhebung des Schmerzgefühls ist nur eine transitorische und mit der Besserung der klinischen Symptome kehrt auch das Schmerzgefühl allmählich wieder zurück. Für die Prognose können wir aus diesen sensiblen Abweichungen keinerlei Folgerungen ableiten.

FINDER.

49) **Reiche. Bemerkungen zur Serumtherapie der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 7. 1916.*

Hinweis auf die Schwierigkeiten, aus Statistiken ohne Berücksichtigung einer Reihe der wichtigsten Momente ein Urteil über den Wert der Serumbehandlung zu gewinnen. In dem vorliegenden Aufsatze wird hauptsächlich auf die Diphtherie der Erwachsenen eingegangen.

SEIFERT.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

50) **H. Réthi** (Budapest). **Zwei Fälle von schwerer postoperativer Kehlkopfblutung.** *Verh. des k. Vereins der Aerzte zu Budapest. No. 11. 1915.*

Fall I. Patient ist 19 Jahre alt, leidet an Dysphagie. Tuberkulöse Geschwüre am Kehldeckel. Amputation in Lokalanästhesie mit der Alexander'schen Guillotine. Blutung unmittelbar nach der Operation. Koagulentampon ohne Erfolg

appliziert, auch H_2O_2 und Eisenchloridlösung versagen. Symptome von Anämie. Perorale Intubation nach Kuhnt mit Rachentampon. Pat. hustet jetzt Blut durch die Kuhnt'sche Röhre. Die Anämie nimmt zu. Nun wird in Schwebelaryngoskopie nochmals H_2O_2, Koagulen und Eisenchlorid angewendet, doch ohne Erfolg. Nun versucht Verf., die blutende Stelle mit dem Horsford'schen Instrument zu umstechen, die Naht hält aber im infiltrierten Gewebe nicht. Galvanokaustik hilft auch nicht. Die Blutung nimmt zu, Puls sehr frequent, filiform. Nun wird schnell die Tracheotomie ausgeführt und der Kehlkopfeingang vom Munde aus tamponiert. Jetzt hustet der Pat. Blut durch die Kanüle. Da der Zustand sehr bedenklich wurde, entschloss sich Verf. zur Laryngofission, tamponiert kräftig von unten und oben. Pat. würgt stark und blutet weiter. Da jetzt sämtliche bekannte Verfahren erschöpft waren, hat Verf. mit einer guten Idee dem Exitus let. vorgebeugt. Er hat aus Jodoformgaze eine Art von Belloc'schem Tampon gemacht, von unten eingeführt, den Faden durch den Mund hervorgezogen und den grossen Tampon im Kehlkopfeingange eingekeilt, worauf die Blutung stand.

Fall II. Phlegmone laryngis, Skarifikation des Kehldeckels und der Aryfalten, Blutung und Asphyxie nach 30 Minuten. Tracheotomie. Pat. hustet 2 Stunden lang ständig Blut, welches von der Skarifikationswunde stammt. Tampon wie im Falle I. Die Blutung hörte sofort auf.

POLYAK.

51) **Alfr. Zimmermann. Die Laryngitis subchordalis acuta.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 99.*

Verf. teilt 3 eigene Fälle mit und gibt eine Uebersicht in Tabellenform über 40 aus der Literatur zusammengetragene Fälle, von denen aber 4 einer strengen Kritik nicht standhalten, so dass 36 Fälle übrig bleiben. Es sind vorwiegend Kinder, um die es sich handelt; die Symptomentrias sind bellender Husten, Heiserkeit und Dyspnoe; das Kehlkopfspiegelbild zeigt die charakteristischen subchordalen Schleimhautwülste; die Prognose ist im allgemeinen gut: nur in 2 Fällen war Tracheotomie nötig; die übrigen 33 heilten unter konservativer Behandlung, ein Fall verlief tödlich. Ueber die Aetiologie werden teils gar keine, teils die verschiedensten Angaben (Erkältung, Masern, Influenza, Gravidität, Typhus usw.) gemacht.

An der Hand seiner drei Fälle bespricht Verf. dann noch eingehend die Differentialdiagnose, besonders gegenüber dem „Pseudocroup", Fremdkörperexspiration, Diphtherie, Lues, Tuberkulose, Spasmus glottidis und betont, wie wichtig es ist, in Fällen von plötzlich auftretender Atemnot, besonders bei Kindern, eine Spiegeluntersuchung vorzunehmen. Vor allem solle man sich nicht mit dem Sammelbegriff „Pseudocroup" begnügen.

FINDER.

52) **L. Grünwald. Eigentümliche hyperplastische Entzündungen im Kehlkopfe.** Mit 12 Abb. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 225.*

Bericht über eine Anzahl von Fällen subchronischer und chronischer Entzündung, die ohne an bestimmte Stellen des Kehlkopfes gebunden zu sein, meist die Taschenbänder ergreift und sich „als Mischung von Infiltrat und Hyperplasie (Tumor)" darstellt. Das histologische Bild ist charakterisiert durch vorwiegend

oder ausschliesslich lymphozytoiden Typus des Zellinfiltrates; dazu treten u. a. Veränderungen an den höher differenzierten Teilen des Mesoderms (Endothel, Perithel, Lymphapparat). Eventuell kann Syphilis als entfernte Ursache (metaluetisch) in Betracht kommen. Möglicherweise liegen all dem kongenital vorbestimmte Reaktionsfähigkeiten des Gewebes zugrunde. Auch an anderen Körperstellen ist das Vorkommen ähnlicher Prozesse zu beobachten. „Wenn dem histologischen Bilde einer einfachen chronisch-entzündlichen Gewebsinfiltration die Erscheinung von Geschwulstbildung, besonders von diffuser Art, in vivo entsprochen hat, ohne dass Anhaltspunkte für eine Allgemeinerkrankung vorliegen, dann haben wir es höchstwahrscheinlich mit eigenartigen Vorgängen zu tun, die wir vorläufig noch als torpide hyperplastische Entzündung benennen wollen, so lange bis weitere Erfahrungen vielleicht eine ätiologische Benennung oder Differenzierung ermöglichen werden."

Ausserdem beschreibt Verf. einen Fall von hyperplastisch-sklerosierender Laryngitis.

KOTZ.

53) **V. Hinsberg. Ueber die chirurgische Behandlung der Perichondritis laryngis.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 303.*

Verf. berichtet über 8 Fälle, bei denen er nach Laryngofissur unter Schonung der Larynxweichteile den erkrankten Knorpel sorgfältig resezierte — in einem Falle den ganzen Ring- und Schildknorpel — und sofort danach mit der Dilatation begann. Diese wurde fast ausschliesslich mit der Mikulicz'schen Glaskanüle gemacht, die Verf. dadurch modifiziert hat, dass er den ursprünglich soliden Griff durch ein zweites Rohr von gleichem Kaliber ersetzte, das mit dem Lumen des ersten kommunizierte, so dass eine T-Kanüle entstand. Die Kanüle soll im Prinzip so lange liegen bleiben, bis jede Tendenz zu sekundärer Narbenschrumpfung geschwunden ist; der dazu nötige Zeitraum schwankte in den Fällen des Verf.'s von 17 Tagen bis zu mehreren Monaten. Das Bedenken, das man a priori haben könnte, dass nämlich mit der ausgedehnten Resektion des Knorpelgerüstes der Kehlkopf kollabieren könne, traf nicht zu. Ein Fall ging an Lungengangrän zugrunde, bei den übrigen, was das Resultat betrifft, war die Stimme laut, wenn auch heiser, die Atmung in 4 Fällen völlig normal, bei den übrigen war sie in der Ruhe ebenfalls normal und wurde nur bei schwerer körperlicher Anstrengung behindert.

FINDER.

54) **W. Scherf. Vier Wochen lang dauernde diffuse Schwellung der Kehlkopfschleimhaut nach einem vorübergehenden Fremdkörperreiz.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 44.*

Ein $1^1/_2$ jähriges Kind hatte eine Glaskugel zerbissen; die Mutter entfernte die dünnen Scherben aus der Mundhöhle. 3 Tage darauf Stridor, Krikotracheotomie, Verlängerung des Schnittes nach oben durch das Lig. crico-thyreoideum; es wird nirgends ein Fremdkörper, sondern nur diffuse Schwellung der Schleimhaut gefunden. Da der Kehlkopf für die Atmung nicht durchgängig wurde, so wurden nach 17 Tagen die Schildknorpel gespalten; es fand sich auch hier kein Fremdkörper, sondern nur Schleimhautschwellung. Erst nach 4 Wochen gelang das Dekanülement. Es trat völlige Heilung ein.

FINDER.

55) **Otto Seifert** (Würzburg). **Grosses Knochenstück im Kehlkopf.** Mit 2 Textfiguren. *Arch. f. Laryng. Bd. 29. H. 3. S. 321. 1915.*

Ein Knochenstück, welches beim Mittagbrot in den Larynx gelangte, und bei der laryngoskopischen Untersuchung mit seiner Längsrichtung parallel zu den Stimmlippen stehend und etwas über den Larynxeingang herausragend sich darstellte, wurde mit der Schrötter'schen Zange extrahiert. Anschliessend an diese Beobachtung bespricht Verf. die vorliegende Literatur unter Anführung der beschriebenen Fälle.

B. BAGINSKY.

56) **Wüstmann. Einheilung eines Schrotkorns im Kehlkopf.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 229.*

Das Schrotkorn war von rechts vorn durch den Schildknorpel in den Kehlkopf eingedrungen und sass in den Weichteilen fest, die den Winkel zwischen dem Proc. vocalis und dem Proc. muscul. des Giessbeckenkorpels ausfüllten, und zwar lateral vom Ansatz des Musc. vocalis und oberhalb des Musc. crico-arytaenoid. lateralis. Röntgenaufnahme bestätigte dies. Es bestand anfangs ein grosses Blutextravasat im rechten Stimmband, keine Bewegungsbeschränkung desselben. Nach 14 Tagen war das Blutextravasat resorbiert.

FINDER.

57) **E. Fletcher Ingals** (Chicago). **Fluoroskopische Bronchoskopie. (Fluoroscopic bronchoscopy.)** *Med. Record. 10. Juli 1915.*

In einem früheren Artikel (Journ. Amer. med. assoc., 21. Febr. 1914) setzte Verf. diese Methode auseinander, die, wie er jetzt glaubt, zu Missverständnissen führen kann. Sie ist nicht leicht auszuführen und könnte in der Hand eines Unerfahrenen Unheil hervorbringen. Die Methode ist indiziert: 1. dort, wo so viel Blut, Schleim oder Eiter ist, dass es sehr schwierig oder unmöglich ist, den Fremdkörper zu sehen. 2. Wenn der Fremdkörper von Granulationsgewebe bedeckt ist. 3. Wenn derselbe in einer Abszesshöhle verborgen ist. 4. Wenn sich eine Striktur gebildet hat. 5. In schwierigen Fällen, wenn der Fremdkörper in einen Bronchus des Oberlappens geraten ist, oder wo er durch die gewöhnlichen Methoden nicht entfernt werden kann.

FREUDENTHAL.

58) **Chiari** (Wien). **Extraktion einer Rundkugel aus dem linken Hauptbronchus mittels der oberen Bronchoskoskopie ein Jahr nach ihrem Eindringen von der rechten Schulter aus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 49. S. 577. 1915.*

40 Jahre alter Hauptmann, in Galizien durch eine Schrapnellfüllkugel — das Schrapnell platzte oberhalb des Körpers in einer Höhe von 4 m — verletzt. Eindringen des Geschosses durch den rechten M. cucullaris in die rechte Brusthöhle, Frakturierung der 2 obersten Rippen der rechten Seite und Steckenbleiben des Geschosses, wie das am 5. Tag aufgenommene Röntgenbild zeigte, im Oberlappen nicht der rechten, sondern der linken Lunge (Wiedergabe des Röntgenbildes auf Tafel 1). Eine Woche nach dem Trauma rechtsseitige Pleuritis, wohl infolge der Verletzung der rechten Lunge; rasche Heilung der Pleuritis. 2 Monate nach dem Unfall Aushusten eines Tuchfetzens, welcher wohl mit der Kugel in

den linken Oberlappen gelangt war und von dort nach Bildung eines Abszesses in den linken Hauptbronchus ahgestossen wurde. 3 Monate nach der Verletzung eitrige Pleuritis links. Am Ende des 4. Monates Ausspucken von Eiter in reichlicher Menge. Im 9. Monat wieder Aushusten von Tuchresten, fast immer noch hohes Fieber, heftige Hustenanfälle. Im 10. Monat Nachweis der Kugel an anderer Stelle als früher, weiter unten in der Gegend des linken Hauptbronchus: Wiedergabe des schönen Röntgenbildes auf Tafel 2.

Ein Jahr nach dem Unfall obere Bronchoskopie in liegender Stellung und mit 14 mm Rohr: Kugel frei beweglich im linken Hauptbronchus; Extraktion mit Pinzette uach Art der Brünings'schen Bohnenzange, nur etwas grösser und stärker gebaut. Durchmesser der Kugel 14 mm und Gewicht 18 g. 1 Monat nach der Extraktion der Kugel noch der Befund einer linksseitigen Bronchitis.

Die Diagnose des Lungenabszesses und der Wanderung der Kugel aus dem linken Oberlappen in den Hauptbronchus war hauptsächlich an Hand der Symptome und Röntgenbilder gestellt worden; Auskultation und Perkussion hatten kurz vor der Fremdkörperentfernung nur eine starke Bronchitis im linken Unterlappen ergeben.

OPPIKOFER.

59) **Henry L. Linah. Zwei Fälle von Bronchialfremdkörpern mit Emphysem kompliziert.** *The Laryngoscope. August 1915.*

In dem ersten Falle, dem eines 8jährigen Kindes, war der den Luftstrom in den Bronchien verlegende Fremdkörper eine diphtherische Membran, welche nach einer erfolglosen Intubation ausgehustet wurde. Es bestanden starke Dyspnoe und ein sehr ausgebreitetes Emphysem des ganzen Körpers bis an das Poupartsche Band hinab. Arme, Hände, Hals, Gesicht und besonders die Augenlider waren ungeheuer angeschwollen. Der Fall genas ohne Operation, es wurde nur eine bronchoskopische Untersuchung gemacht.

Der zweite Patient, $3^1/_2$ Jahre alt, hatte vier Stücke einer gelben Rübe in die Bronchien aspiriert. Auch hier bestaud ein gleiches Emphysem mit grösster Atemnot. Wegen derselben wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht, wobei die grosse Anschwellung des Halses so sehr das Auffinden der Luftröhre erschwerte, dass ein bronchoskopisches Rohr durch den Kehlkopf in die Luftröhre eingeführt wurde, um die Trachea fühlbar zu machen und ihr Lumen gegen Verengerung bei dem notwendigen Zurückbeugen des Kopfes zu schützen. Nach der Tracheotomie wurde ein Stück Rübe aus einem Bronchus entfernt. Das Kind starb aber trotz der Operation.

Die Autopsie zeigte starkes Emphysem der Lungen und Ausdehnung des Perikardialsacks mit Luft. Das viszerale Blatt der Pleura war mit blasenartigen Ausdehnungen derselben bedeckt. Linah meint, dass die einzige Erklärung für das allgemeine subkutane Emphysem das Bersten solcher Pleurablasen durch die Pleura in den Mediastinalraum mit Verbreitung der eingedrungenen Luft unter die tiefe Halsfaszie sei. Dies hätte aber doch Lungenkollaps und Pneumothorax gegeben und man fand keinen Pneumothorax, sondern stark emphysematöse Lungen. Nicht durch, sondern unter der Pleura wird wohl die Luft in den Mediastinalraum eingedrungen sein.

OTTO FREER.

60) **Mann. Erfolgreiche Entfernung eines Nagels aus dem rechten Bronchus bei einem 16 Monate alten Kinde. (The successful removal of a nail from the right bronchus of a sixteen month-old baby.)** *Journ. of the Arkansas state med. society. September 1915.*

Erfolgreiche Entfernung eines grossen Drahtnagels aus dem rechten Bronchus eines 16 Monate alten Kindes, unter allgemeiner Anästhesie und Tracheotomie.

HORNE.

61) **G. Siewcynski. Zur Therapie der Larynxstenosen im Kindesalter.** *Monatsschrift f. Kinderheilk. No. 4. 1914.*

Vor allem soll man darauf bedacht sein, eine Operation möglichst überhaupt zu vermeiden. Unter 84 Larynxstenosen, die im Bremer Kinderkrankenhaus in Behandlung kamen, wurde bei 18 erreicht, dass durch Anwendung von Narkophin und Chloralhydrat, teilweise allerdings in Kombination mit heissen Kompressen, eine Operation vermieden werden konnte. Unter diesen 18 Fällen lag 5 mal nicht diphtherische Laryngitis acuta vor. Von 8 im ganzen Jahr eingelieferten schweren nichtdiphtherischen Laryngitiden mit erheblicher Stenose kamen nur 3 zur Tracheotomie. Was die Frage „Tracheotomie oder Intubation"? betrifft, so ist Verf. im ganzen mehr Anhänger der ersteren. Unter 63 Tracheotomierten war nur 2mal mit ernsteren Schwierigkeiten beim Decanulement zu kämpfen. Nur bei Kindern im ersten Lebensjahre waren auch beim Verf. die Resultate sehr schlecht (75 pCt. Mortalität).

Was die Technik der Tracheotomie betrifft, so wird am Bremer Kinderkrankenhaus stets ohne Narkose operiert, es wird die quere untere Tracheotomie gemacht, und zwar nur die Haut und Unterhautfettgewebe mit dem Messer durchtrennt, dann aber stumpf mit 2 Pinzetten zwischen Thyreoidea und Thymus in die Tiefe gegangen. Verf. verteidigt die Tracheotomia inferior gegen die superior; es wurde unter den 63 Fällen nie eine Nachblutung und nur 3mal Hautemphysem beobachtet.

FINDER.

62) **L. Srebrny** (Warschau). **Zur Klinik der Trachealstenosen.** *Medycyna in Kronika Lek. 43, 44, 45, 46, 47. 1915.*

S. beschreibt mehrere Fälle von Trachealstenosen, und zwar:

1. Kompressionsstenosen seitens Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren. Verf. beobachtete hier öfters wiederkehrende Heiserkeit ohne subjektive Reizsymptome: Kitzeln im Halse und Husten. S. erklärt diese rezidivierende Heiserkeit durch die den Aortenaneurysmen und vielleicht auch den blutreichen Mediastinaltumoren eigene Veränderbarkeit des Volumens, infolge deren auch der Grad der Hyperämie der Luftröhren- und Kehlkopfschleimhaut Veränderungen unterliegt. Verf. folgert aus seinen diesbezüglichen Beobachtungen, dass öfters wiederkehrende Heiserkeit gewöhnlich ohne subjektive Reizsymptome den Verdacht auf Erweiterung der Aorta bzw. auf einen Mediastinaltumor lenken muss.

2. Den den Kompressionsstenosen der Trachea eigenen charakteristischen Husten schreibt der Verf. nicht einer Vagus- oder Rekurrensreizung, sondern der Verengerung des Trachealumens direkt zu.

3. In einem Falle von Kompressionsstenose seitens der vergrösserten Thymusdrüse trat einige Wochen nach ausgeführter Tracheotomie der Tod ein. Verf. erblickt den ungünstigen Erfolg der Behandlung in der nicht genügend gründlichen Untersuchung des Falles. S. glaubt, dass die in diesem Falle von ihm nicht angewandte Tracheoskopie die Ursache der Stenose direkt nachzuweisen im Stande war und dass eine Thymektomie das Leben des Kindes retten konnte. Auch wurde die Blutuntersuchung, der Verf. eine wichtige differentialdiagnostische Bedeutung zuschreibt, nicht unternommen.

4. Von zwei Fällen von Granulationsstenose der Trachea wurde in dem ersten, der nach einer Tracheotomie entstand, die Geschwulst endotracheal, im zweiten, wahrscheinlich auf dem Grunde eines Ulkus entstandenen, nach vorangegangener Tracheotomie entfernt. Nachdem aber hier nach Entfernung der Kanüle ein Rezidiv entstand, wurde auch hier die endotracheale Methode mit gutem Erfolge angewandt. Verf. redet in Fällen von Granulationsstenose der oberen Tracheoskopie das Wort.

5. Von zwei Fällen von Trachealtumor wurde der eine bei einem 9jährigen Kinde in Lokalanästhesie tracheoskopisch entfernt; der zweite bei einem 55jährigen Manne soll wegen seiner beträchtlichen Dimensionen per tracheotomiam operiert werden. Ausser diesen zwei Trachealtumoren beobachtete Verf. in einer der hiesigen Spitalabteilungen noch einen dritten von chirurgischer Seite operierten Tumor. Alle drei Tumoren scheinen gutartiger Natur zu sein; nur einer (bei dem 9jährigen Kinde) wurde mikroskopisch untersucht (Fibrom).

6. In einem wegen akuter Kehlkopfstenose bei einem Kinde tracheotomierten Falle musste während mehrerer Monate die Sondenernährung angewandt werden, da die auf natürlichem Wege gegebene Nahrung gänzlich durch die Kanüle herausfloss. Da die letztere wegen Suffokationserscheinungen nicht entfernt werden konnte, wurde vom Verf. eine laryngoskopische Untersuchung unternommen, die einen kleinen Tumor der hinteren Trachealwand ergab. Es wurde daher die Trachealwunde erweitert, wobei sich herausstellte, dass den Tumor ein Teil der Oesophaguswand, die zwischen den Rändern der durchschnittenen hinteren Trachealwand eingeklemmt war, bildete. Die Oesophaguswand zeigte eine kleine Fistel, die in das Lumen des Schlundkopfes führte. Beide Wunden — des Oesophagus und der hinteren Trachealwand — wurden vernäht und nach kurzer Zeit konnte die Kanüle entfernt werden. Es war somit bei der Tracheotomie die hintere Wand der Trachea und die vordere des Oesophagus durchschnitten. Die letztere stülpte sich mit der Zeit in das Lumen der Trachea ein und bildete daher ein Hindernis für die Entfernung der Trachealkanüle. Verf. schlägt vor, in Fällen von Oesophagotrachealfisteln, die auf dem Grunde einer heilbaren Krankheit entstanden sind, eine der in seinem Falle ausgeführten ähnliche plastische Operation anzuwenden.

v. SOKOLOWSKI.

63) **Gerald B. Webb, Alexius M. Forster** und **G. Burton Gilbert** (Colorado Springs, Colo.). **Die Lage der Trachea. (Trachea position.)** *Journ. amer. med. assoc. 18. September 1915.*

Einer der Verff. behandelte einen Patienten 15 Jahre lang wegen einer

Kaverne der linken Lungenspitze, während derselbe in Wirklichkeit eine Verlagerung der Trachea hatte. Dies führte alle drei Autoren dazu, gemeinsam 100 Fälle von Lungentuberkulose auf diese Abnormität zu untersuchen. Die häufige Verlagerung nach der affizierten Seite hin legt die Möglichkeit nahe, dass die Deviation der Trachea bei scheinbar gesunden Personen das Resultat einer früher überstandenen Infektion der Lunge sei. Durch Palpation und Auskultation lässt sich die Lage der Luftröhre leicht eruieren. FREUDENTHAL.

64) **Girardet** (Essen, Ruhr). **Doppelte Perforation eines Tuberkelknotens in die Aorta und die Bifurkation der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 28. S. 1425 1914.*

39jähriger Mann wird mit Hämoptoe eingeliefert. Plötzlich tödliche Blutung aus den Luftwegen. Bei der Sektion: Erweichter Tuberkelknoten am Perikard zwischen Aorta und Pulmonalis. Durchbruch in die Aorta ascendens. Einbruch des dadurch gebildeten Blutsackes (Aneurysma spurium) in die Trachea, knapp über der Bifurkation. Profuse Blutung in Atem- und Speisewege, Blutaspiration in die Lungen, Concretio recens pericardii. Alte vernarbte tuberkulöse Herde in beiden Lungenspitzen, besonders rechts. Tuberkulöse Fistel am Sternum. Disseminierte Miliartuberkulose der Leber, Nieren, Milz und Lungen. Epikrise und Literatur. Doppelte Perforationen tuberkulöser Prozesse in die Aorta und andere benachbarte Organe sind sehr selten. R. HOFFMANN.

65) **Samuel Iglauer** (Cincinnati, O.). **Zufälliger Pneumothorax während einer Tracheotomie; Bericht eines Falles. (Accidental pneumothorax during tracheotomy, with report of a case.)** *Annals of otology, Juni 1915.*

Ein Kind von 23 Monaten, das drei Tage vorher angeblich einen Fremdkörper verschluckt hatte, musste wegen starker Dyspnoe eiligst tracheotomiert werden. Während der Operation, aber noch bevor die Luftröhre eröffnet war, sah man Luftblasen am unteren Teil der Wunde. Unmittelbar nach der Operation Kollaps, von dem das Kind sich erholte, und Pneumothorax. Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden und das Kind genas vollständig nach 27 Tagen.

FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

66) **Karl Nickel. Wie erlernen Kehlkopflose eine für Verkehr und Beruf ausreichende Sprache?** *Stimme. VIII. H. 8 u. 9. Mai/Juni 1914.*

Darstellung der Unterrichtsmethode zur Erzielung der Pharynxstimme und Sprache Kehlkopfloser mit völliger Ausserachtlassung bisheriger Arbeiten von Gutzmann u. a. Neues wird nicht gebracht. NADOLECZNY.

67) **Anton Elders. Neues Verfahren der Stotterheilung.** *Stimme. VIII. H. 8. Mai 1914.*

E. hat die alte Methode, die vom Singen ausgeht und die Verwendung einer Mundsperre neu entdeckt, um den „offenen Klang“ zu erzielen. Dann lässt er mit

verbundenen Silben im Takt und schliesslich mit natürlichem Tonfall sprechen. Er rühmt die suggestive Kraft des offenen Klanges und — seiner Methode, an der aber nichts Neues ist (vgl. dieses Centralbl. Oktober 1915. Ref. 43, 44, 45).

NADOLECZNY.

68) **E. Fröschels** und **F. Fremel. Gehör und Sprache. Beitrag zur Aetiologie des Sigmatismus.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 3. S. 205. 1914.*

Darlegung der bisher bekannten und schon vielfach erörterten Aetiologie der Aussprache-Fehler des S-Lautes mit besonderer Berücksichtigung der Sprachentwicklung und der Schwerhörigkeit für hohe Töne (auf die schon Bloch verwiesen hat. Ref.). Wenn die obere Hörgrenze unter c^7 reicht, soll das S nicht mehr perzipiert werden. Wenn gut sprechende Erwachsene das S durch T ersetzen, so leiden sie an einer doppelseitigen Erkrankung des inneren Ohres. (Diagnose der Ohrerkrankung aus dem Sprachfehler.) Hörübungen und elektrische Behandlung sollen Ohr und Sprache bessern!

NADOLECZNY.

69) **J. Forchhammer. Systematik der Sprachlaute als Grundlage eines Weltalphabets.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 4. S. 281.*

Ein theoretisch ausführlich begründeter Vorschlag, der durch Einteilung der Sprachlaute in Buchstabenlautgruppen zu einem Alphabet mit wenig über vierzig Buchstaben gelangt. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, das sich zu einem kurzen Referat nicht eignet.

NADOLECZNY.

70) **G. Hudson Makuen** (Philadelphia). **Die Psychologie des Stotterns. (The psychology of stammering.)** *New York med. journ. 17. Juli 1915.*

Wir alle haben in unserer Entwicklungsperiode bei gewissen Gelegenheiten gestottert. Doch nur diejenigen, bei denen dies grössere Dimensionen annahm, werden Stotterer genannt. Bei den letzteren hat das auditorische Bild, das vorhanden ist, bevor ein Kind spricht, aus hereditären oder anderen pathologischen Ursachen Schaden gelitten, und diese Ursachen befinden sich in dem psychomotorischen Sprachgebiet. Die Therapie solcher Zustände wird dann weiter ausgeführt.

FREUDENTHAL.

f) Schilddrüse.

71) **Lotheissen. Thyreoiditis nach Schädelschuss.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 14. Mai 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. S. 649. 1915.*

Das Projektil war bei dem Soldaten oberhalb des linken Jochbeins eingedrungen. Nach mehreren Tagen unter Fieber rechts Schwellung am Hals. Wie die Röntgenuntersuchung ergab, war das Projektil in der Thyreoidea stecken geblieben und hatte dort eine Entzündung verursacht.

R. HOFFMANN.

72) **Walter Lathrop** (Hazleton, Pa.). **Rektale Anästhesie bei der Thyreoidektomie. (Rectal anesthesia in thyreodectomy.)** *Pennsylvania med. journ. November 1915.*

Bei neurotischen und asthmatischen Personen ist die Methode von

Gwathmey sehr zu empfehlen. Bemerkenswert ist die Abwesenheit des Erstickungsgefühls und der Cyanose während der Operation, sowie des Erbrechens nach derselben. Auch kann Patient schneller Nahrung und Medikamente zu sich nehmen.

FREUDENTHAL.

73) **Fahr. Histologische Befunde an Kropfherzen.** Aerztlicher Verein in Hamburg. *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 1501. 1915.*

Es wurden 7 Kropfherzen untersucht, 5 bei Basedow und 2 bei gewöhnlicher Struma. Allen Fällen gemeinsam waren interstitielle und perivaskuläre Rundzelleninfiltrate sehr wechselnder Intensität. 4 dieser Fälle waren ganz rein. Ein Basedow war durch Paratyphus, die beiden Fälle von gewöhnlicher Struma durch Koronarsklerose kompliziert. Beim Kropfherzen im Körper kreisende Toxine können also nicht nur die Herznerven, wie man bisher auf Grund klinischer Beobachtung in erster Linie annahm, sondern auch die Herzmuskulatur direkt angreifen.

R. HOFFMANN.

g) Oesophagus.

74) **H. Arrowsmith** (Brooklyn). **Angioneurotisches Oedem des Oesophagus. Eine klinische Geschichte. (Angio-neurotic edema of the esophagus. A clinical history.)** *The Laryngoscope. März 1915.*

Es handelte sich um eine 50jährige Frau mit Stenose des Oesophagus, als deren Ursache Verf. auf ösophagoskopischem Wege ein zirkumskriptes angioneurotisches Oedem feststellte, das gerade hinter dem Ringknorpel lokalisiert war.

EMIL MAYER.

75) **Axhausen. Totale Oesophagoplastik.** Vereinigte Berliner ärztliche Gesellschaften. Sitzung vom 10. November 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 1502. 1915.*

Totale Verätzung des unteren Teils der Speiseröhre durch Salzsäure. Völlige Stenosierung, Ernährung nur mit Flüssigkeit nach 3—4mal täglicher Bougierung möglich. A. nahm nach dem Vorgang von Roux und Lexer die Ausschaltung einer Dünndarmschlinge vor, so dass der Zusammenhang des ausgeschalteten Stückes mit dem Mesenterium erhalten blieb. Das eine Ende der Schlinge wurde in den Magen versenkt, das andere durch eine längs des Brustbeins gebildete Hautröhre in die Höhe geleitet und mit dem Oesophagus verbunden. Die Ernährung ist jetzt ungehindert.

R. HOFFMANN.

76) **Ritt** (Russland). **Ein Fall von Krebs der Speiseröhre mit Seleniol behandelt. (Un cas de cancer d'oesophage traité par le séléniol.)** *Genfer Dissert. 1914.*

Schon vor Jahren war durch Solkowsky u. a. der Einfluss nachgewiesen worden, den kolloidale Lösungen von schweren Metallen gegen das Wachstum von Tumoren ausüben, indem sie, in die Geschwulst direkt eingespritzt, den autoly-

tischen Zerfall erregen. Das ausschliessliche Vermögen gewisser Gewebszellen gewisse Metallsalze anzuziehen und sich einzuverleiben, sei eine der grössten Entdeckungen der Biologie. Zu diesen schweren Metallen, deren Lösungen ohne Schaden intravenös eingespritzt werden können, gehören das Selenium und das Tellurium. Leukozyten in Gegenwart von selenierten Lösungen fressen sich voll von Malanoselenium, und diese Leukozyten tragen zur Umwandlung des Glykogens in Glykose bei. Die neoplastischen Gewebszellen können aber ohne Glykogen nicht gedeihen und gehen rasch zugrunde. So soll die Einwirkung kolloidaler Lösung schwerer Metalle auf die Tumoren blitzartig sein, indem diese sofort zu einem hämorrhagischen Brei zerfallen.

Verf. führt eine These von Girard an, worin über 10 Fälle von Krebsbehandlung mit Selen berichtet wird; alle waren äusserst vorgeschrittene Carcinome verschiedener Körpergegenden. Die unmittelbare Reaktion besteht in 2 bis 3tägigem Fieber, bei Nachlass der Beschwerden bis zu einem gewissen Grade. Die Einspritzungen sollen nach 8—14 Tagen wiederholt werden. Von Radikalheilung war bei diesen Fällen keine Rede, höchstens, aber nicht immer, trat bald vorübergehende Besserung ein.

Der eigene Fall des Verf.'s betraf ein sehr vorgeschrittenes Carcinoma cardiae, welches durch 18 intramuskuläre und intravenöse Injektionen nur während eines Monats Schluckbesserung erfuhr und dann der chirurgischen Klinik überwiesen werden musste.

Verfasserin gibt in ihren Schlussfolgerungen zu, dass das Seleniol höchstens palliative Besserungen erzielt, aber wegen der subjektiven Erleichterung immerhin Erwähnung verdient.

JONQUIÈRE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

XXXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Niagara Falls, 1. bis 3. Juni 1915.

(Fortsetzung und Schluss.)

Casselberry: In einer neuen Arbeit berichtet Kelly über nicht weniger als 30 Fälle schlechter Resultate bei Probepunktion des Antrums. Der von Freer erwähnte Fall ist seines Wissens der erste, bei dem ein Versuch, die Höhle durch die natürliche Oeffnung auszuspülen, unglücklich verlief. Wenn er die Kanüle einführt und dabei die Orbitalplatte durchbohrt, so kann man nicht mehr von einer Ausspülung durch die natürliche Oeffnung sprechen. Die Kanüle, mit der C. durch die natürliche Oeffnung ausspült, ist sehr dünn, in mehr als einem rechten Winkel abgebogen und nur 1—2 mm lang. Damit gelingt in den meisten Fällen die Ausspülung von der natürlichen Oeffnung aus. Der Druck darf nicht zu hoch sein. Dasselbe gilt auch für die anderen Höhlen.

Sluder beschreibt zum Schluss ausführlich seine Methode, unter Zuhilfenahme des Hays'schen Pharyngoskops, das hintere Siebbeinlabyrinth und die Keilbeinhöhle zu operieren.

Bryson Delavan (New York): Die Wirkungen des Radiums auf die Nasenrachenfibrome.

Von den drei Methoden der Behandlung: Entfernung des Tumors nach präliminärer Eröffnung der ihn verdeckenden Teile, Entfernung per vias naturales mittels Evulsion oder mit der kalten Schlinge, Reduktion der Grösse des Tumors und seiner Vaskularisation mittels Elektrolyse, Einspritzung chemischer Mittel mit nachfolgender Entfernung des Tumorrestes mit der galvanokaustischen Schlinge hält D. die letztere Methode bei weitem für die beste, obwohl sie langwierig, bisweilen schmerzhaft ist und erhebliche Geschicklichkeit erfordert. Nach statistischen Angaben starben von den nach der ersten Methode operierten 26 pCt., von den per vias naturales operierten starben 5 pCt., während von 66 Fällen, die mittels der elektrischen Methoden behandelten 100 pCt. geheilt wurden.

Die guten Resultate, die mit Radium und Röntgenstrahlen bei Uterusfibromen erzielt wurden, lenken die Aufmerksamkeit auf diese Behandlung bei den relativ kleineren und leichter zugänglichen Fibromen des Nasenrachenraums. Robert Abbe hat Methoden speziell für die Applikation des Radiums in Nase und Nasenrachenraum angegeben. Die beste Prognose bieten Fälle von langsamer Entwicklung bei nicht zu jungen Patienten.

Cornelius G. Coakley (New York) hat in einem Fall von Carcinom der Nase einen ausgezeichneten Erfolg mit Radium gehabt; auch mehrere Fälle von Larynxpapillomen heilten unter Radium und zwar darunter ein Fall, der seine Papillome von der Kindheit bis über das 40. Lebensjahr hatte. In einem Fall von Angiofibrom, welches die ganze Nasenhöhle ausfüllte, gebrauchte er 18 mg Radium in einer Glastube, die in gewöhnlichem Heftpflaster eingehüllt war und in die Nase eingeführt wurde; später wurde eine Tube mit 83 mg eingeführt, die bis in den Nasenrachenraum reichte und 24 Stunden darin belassen. Es entstand eine starke Verbrennung im Gesicht. Pat. kann jetzt durch die Nase atmen und man kann von vorne in den Nasenrachenraum hineinblicken. Seit Anwendung des Radiums haben die Blutungen, an denen Pat. früher regelmässig litt, ganz aufgehört. Was die Reaktion anbetrifft, so erinnert er an einen von Kelly behandelten Fall von Larynxcarcinom, bei dem eine derartige Reaktion auftrat, dass die Tracheotomie gemacht werden musste.

Lewis A. Coffin: Die nichtoperative Behandlung der Nebenhöhlen.

C. hat in vielen Fällen durch negativen Druck und Anwendung von autogener Vakzine sehr befriedigende Resultate erzielt. Mittels eines von ihm angegebenen speziellen Saugeapparates wird das Sekret aus den Höhlen gesaugt, für besondere Fälle wird an den Saugapparat noch eine Kanüle angebracht, danach wird in die Höhlen unter starkem Druck Luft eingeblasen, welche durch Ver-

nebelung von Oel mit verschiedensten medikamentösen Mitteln beladen ist. In Verbindung mit diesem Verfahren hat C. mittels Anwendung der Autovakzine in zwei Fällen ein völliges Sistieren der Absonderung erzielt, in denen das Saugen allein in Verbindung mit Vakzine keinen Erfolg hatte. Der negative Druck soll niedrig beginnen und allmählich steigen, während der Nebel gleich unter starkem Druck eingetrieben werden soll. Als Medikamente benutzt C. ein den Bacillus Bulgaricus enthaltendes Oel oder ein Jodpräparat.

Harris P. Mosher: Beobachtung über intranasale Exenteration des Siebbeinlabyrinths bei Pansinusitis.

M. bespricht die hauptsächlichsten Punkte in der Anatomie des Siebbeinlabyrinths und beschreibt dann seine Methode der Ausräumung folgendermassen: Es wird zuerst das vordere Ende der mittleren Muschel entfernt. Man geht am besten mit der Kurette in das Siebbeinlabyrinth ein, indem man zuerst die Aggerzelle, falls solche vorhanden ist, ausser acht lässt und weiter oben — entsprechend dem äussersten oberen Teil der mittleren Muschel und etwas mehr nach hinten eingeht. Wenn die Kurette nicht leicht in das Siebbeinlabyrinth eindringt, muss sie etwas höher und weiter hinten angesetzt werden. Es kann für den Anfänger schwierig sein, den Punkt zu finden. Ist man einmal in das Labyrinth eingedrungen, so wird die Kurette gedreht und nach vorn ausgeräumt, bis das Instrument die Hinterfläche des Proc. nasalis des Oberkiefers berührt. Dann wird es gedreht, so dass es nach hinten sieht und es wird rückwärts und nach oben der Proc. unciformis,. die Bulla ethmoidalis und ihre Zellen eröffnet. Nach Forträumung der Splitter und Fragmente kann man den Ductus naso-frontalis sondieren und erweitern. Der zweite Akt der Operation geht folgendermassen vor sich: Während der Kopf des Patienten so gehalten wird, dass die Lamina cribriformis als Richtschnur dient, geht man mit der Kurette durch den Ansatz der mittleren Muschel und führt sie nach hinten von der Aussenseite der mittleren und oberen Muschel zu der Vorderwand der Keilbeinhöhle, dann wird die Kurette nach unten gekehrt und mit Gewalt durch den Boden des Siebbeinlabyrinths hindurchgestossen. Es bleibt im allgemeinen danach die hintere Hälfte der mittleren Muschel disloziert und hängt herab; sie wird mit Schlinge oder Conchotom entfernt. Die unteren zwei Drittel der Innenwand sind so entfernt worden; das obere Drittel dieser Wand bleibt als ein von vorn nach hinten verlaufender Grat, der vorn von der mittleren und hinten von der oberen Muschel gebildet ist. Es soll von diesem Grat so viel wie irgend möglich entfernt werden. Besonders wichtig ist es, den Teil des Labyrinths fortzunehmen, der vor der Vorderwand der Keilbeinhöhle liegt. Zum Schluss wird die Innenfläche des Os planum von hinten nach vorn kurettiert.

Otto T. Freer: Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus.

Die Operation beginnt gewöhnlich mit der Ablösung des vorderen Endes der mittleren Muschel oder mit Resektion ihrer vorderen Hälfte; in manchen Fällen kann eine vorspringende mittlere Muschel intakt gelassen werden. Wenn nötig, wird zunächst der Processus uncinatus mit dem scharfen Freer'schen Septumelevatorium fortgeschnitten, um die Bulla ethmoidalis voll zu Gesicht zu bringen.

Mit einer Ringkurette wird die Bulla eröffnet und die vorderen Siebbeinzellen werden von der Bulla nach vorne und aufwärts zum Processus nasalis des Oberkiefers und, wenn möglich, zum Boden des Sinus fortgeräumt, der letztere durchbrochen und der Sinus hinter der Crista nasalis interna eröffnet. Wenn der Boden des Sinus zu hart ist, um von der Kurette durchbrochen werden zu können, so wird eine besonders angegebene Kurettensonde durch das Ostium eingeführt, nachdem der Weg mittels einer gewöhnlichen Sonde ausfindig gemacht worden ist; mittels der Kurettensonde wird das Ostium nach hinten erweitert, dann eine grössere Kurette derselben Form nach oben in das Ostium eingeführt und alle noch unter der Orbitalplatte vorhandenen Zellen fortgeräumt. Wenn nötig, kann noch das Ostium nach vorne zu mittels einer Trephine erweitert werden. Die Hauptsache ist jedoch die Erweiterung nach hinten wegen der postoperativen Bildung von obstruierenden Narben in der Gegend der Crista nasalis interna. Es empfiehlt sich nicht, nach innen zu kurettieren, da die Gefahr besteht, in die Schädelhöhle durch die Wand der Fossa olfactoria einzudringen, besonders wenn ein Torus olfactorius existiert, wie ihn Onodi beschrieben hat. In Fällen, in denen die Eiterung in erheblichem Maasse nach der intranasalen Operation fortdauert, während die Höhle für die Drainage nach der Nase zu offen bleibt, muss man zur Operation von aussen schreiten. Wo Lidschwellung, Exophthalmus oder Cerebralsymptome auf Karies der Sinuswand hindeuten, soll die intranasale Operation nicht versucht werden.

George E. Shambough (Chicago): Zwei Fälle von chronischer Pansinusitis, verbunden mit Allgemeininfektion.

Beide Fälle betrafen junge Frauen. In beiden Fällen waren alle Nebenhöhlen auf beiden Seiten erkrankt. Durch intranasale Behandlung wurden in dem einen Fall alle Höhlen geheilt bis auf die Stirnhöhle, während in dem anderen auch diese geheilt schien. In dem einen Fall trat eine Attacke von akutem Gelenkrheumatismus ein, die augenscheinlich von dem Herd in den Sinus ausging. Die Eröffnung einer grösseren hinteren Siebbeinzelle und der benachbarten Keilbeinhöhle hatte Verschwinden des Rheumatismus zur Folge. Im anderen Falle trat im Anschluss an eine akute Exazerbation der lange bestehenden Sinusitis als Folge eines schweren akuten Gelenkrheumatismus eine schwere chronische Arthritis auf, die alle Gelenke des Körpers befiel. Dieser Fall war wiederkehrenden Attacken von akuten Exazerbationen ausgesetzt, welche mit Fieber und erhöhten Gelenkschmerzen einhergingen. Sobald die Sinusitis geheilt war, traten keine akuten Exazerbationen in den Gelenken mehr auf.

Diskussion über Pansinusitis.

Harmon Smith (New York) demonstriert eine Spritze, mit welcher Milchsäurebazillen in einer Lösung von Argyrol, Enzymol oder einem anderen Präparat in die Höhle gespritzt werden, nachdem ein Vakuum in der Höhle geschaffen worden ist; die Methode kann zu Hause 2—3mal täglich angewandt werden. Subakute und chronische Fälle haben sich bei dieser Behandlung gebessert.

Thomas Hubbard (Toledo) warnt davor, einen zu starken negativen Druck auf die Schleimhaut der Nebenhöhlen auszuüben, da dadurch Blutungen hervorgerufen werden können.

Henry L. Swain (New Haven) hat sich in zwei Fällen von den Vorzügen der Coffin'schen Methode überzeugen können. In dem einen Fall konnte man bequem in die Keilbeinhöhle hineinblicken, aber man sah kein Sekret. Mittels des Coffin'schen Apparats gelang es, eine grosse Menge Eiter herauszusaugen.

John F. Barnhill (Indianopolis) hat seit zwei Jahren die Mosher'sche Operationsmethode mit sehr gutem Resultat angewandt.

Fletcher Ingals (Chicago) hält ebenfalls die Mosher'sche Operation für sehr empfehlenswert, er zieht es jedoch vor, das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen, da man so einen besseren Ueberblick erhält. J. ist mit der von ihm vor einigen Jahren angegebenen Methode zur intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle zufriedener, als mit jeder anderen. Wenn allein die Stirnhöhle erkrankt ist, so kann man mit dieser Methode eine genügend grosse Oeffnung machen, um Heilung herbeizuführen. In 90 pCt. der Fälle werden die Patienten gerade so schnell hergestellt wie durch jede grössere Operation. Die nötige Oeffnung beträgt in der Regel nicht mehr als 2 mm im Durchmesser.

Lewis A. Coffin (New York) bedient sich einer etwas modifizierten Mosher'schen Methode. An Stelle der Kurette benutzt er den Meissel. Durch einen leichten Schlag überzeugt er sich, ob er auf feste Unterlage gekommen ist. Er macht mit dem Meissel eine Inzision nach oben und unten, geht dann nach oben gegen die Medianlinie und führt an dieser Stelle die Luc'sche Zange ein.

William E. Casselberry entfernt ebenfalls das vordere Ende der mittleren Muschel. Die Angabe von Watson Williams, dass die obere Wand sehr reich an Blut- und Lymphgefässen ist, die mit dem Gehirn kommunizieren, hat ihn oft abgeschreckt, die Operation so gründlich zu machen, wie es nötig gewesen wäre, auch fand er diese Wand bisweilen so hart, dass es fast unmöglich war, durch sie hindurch zu kommen.

Charles W. Richardson (Washington): Tonsillektomie bei Erwachsenen. Sind wir berechtigt, so viele Tonsillektomien unterschiedlos zu machen, um Infektionen zu beseitigen?

Es werden infolge der Vorstellung, dass die Tonsillen die einzige Infektionsquelle darstellen — eine Vorstellung, die sogar in der Laienwelt platzgegriffen hat —, eine grosse Anzahl von Tonsillektomien aus ungenügenden Indikationen gemacht. Wenn die Anamnese nur ergibt, dass eine Tonsillitis einer Allgemeininfektion vorausgegangen war, so ist die Entfernung der Tonsillen nicht gerechtfertigt, wenn diese bei nachträglicher Untersuchung völlig normal scheinen.

Hudson Makuen (Philadelphia): Wenn Eiter in den Lakunen vorhanden ist, so ist es möglich, die Ränder der Lakune zu kauterisieren, ohne dass es nötig wäre, eine Tonsillektomie zu machen. Manche von diesen Fällen sind inoperabel

und es ist viel besser, für ausreichende Drainage zu sorgen und so die Möglichkeit einer Infektion zu beseitigen.

William E. Casselberry (Chicago) meint, es sei manchmal nicht möglich, dem Internisten, der uns einen Patienten zur Untersuchung der Mandeln zuschickt, mit Bestimmtheit zu versichern, ob die Mandeln die Quelle einer Allgemeininfektion sind; auch wenn man die Gaumenbögen beiseite zieht und noch so genau untersucht, ist dies oft nicht möglich, denn die Tonsille ist wie ein Schwamm und kann trotz des negativen Untersuchungsergebnisses doch die Infektionskeime in sich beherbergen. Eventuell müssen wir nach anderen Infektionsquellen Umschau halten und es sei da vor allem auf die Nebenhöhlenerkrankungen hingewiesen, die häufig die primäre Quelle der Mandelinfektion darstellen.

Thomas Hubbard machte auf die Zähne als Quelle von Allgemeininfektion aufmerksam. Er berichtet über die Methode von Price (Cleveland), der von den im periodontalen Gewebe gefundenen Bakterien Kulturen anlegt; auf diese Weise kann er die Wurzel ausfindig machen, welche den aktiven Mikroorganismus enthält, auf den die Allgemeininfektion zurückzuführen ist. In zweifelhaften Fällen könnte man auf diesem Wege aussagen, ob die Tonsille die Quelle der Infektion ist.

Hanau W. Loeb hält es für gerechtfertigt, bei Krankheiten, bei denen wir keine andere Quelle der Infektion finden, die Tonsillen zu entfernen. Er führt einen Fall von lange bestehender rheumatischer Arthritis an, der von verschiedenen Internisten ohne Resultat untersucht war und bei dem er die nicht sonderlich grossen Tonsillen entfernte und dann eine Vakzine nach der Methode von Rosenau einspritzte. Es trat unmittelbar hinterher Besserung ein.

James E. Logan (Kansas City) erinnert daran, dass oft die Quelle der Infektion am Rachendach in Gestalt von entzündetem oder degeneriertem adenoidem Gewebe zu suchen ist.

George E. Shambough (Chicago): Die Frage der Herdinfektion bei Allgemeinerkrankungen wird von den Internisten besser gewürdigt als von den Spezialisten. Im Presbyterian Hospital in Chicago hat man deutliche Beziehungen zwischen Appendicitis und Tonsillitis beobachtet. Auch Duodenalgeschwüre sind oft die Folge einer Herdinfektion. Jedoch ist nicht immer die Tonsille die Quelle der Herdinfektion. Diese Fragen sollten nicht von Dentisten, Hals- und Nasenspezialisten, sondern von allen bearbeitet werden.

In den meisten Fällen kann man entscheiden, ob die Tonsille schuld ist. Erstlich durch die Anamnese; wenn ein Patient nach einer Angina einen Anfall von Rheumatismus gehabt hat, so ist ein Zusammenhang zwischen den beiden zu vermuten. Wenn man nicht positiv nachweisen kann, dass die Tonsille der Herd der Infektion ist, so soll ein kompetenter Internist sein Urteil abgeben; kann dieser keinen anderen Herd der Infektion finden, so bleibt die Tonsille verdächtig.

Otto T. Freer (Chicago) gibt zu, dass die Tonsille die Quelle von Allgemeininfektion sein kann, glaubt aber, dass diese von der Rachentonsille häufiger ausgeht, als von der Gaumentonsille. Gewöhnlich weisen die Lymphwege auf die

Geschichte der Infektion hin; wenn die Lymphwege nicht beteiligt sind, so ist F. nicht geneigt, die Tonsille als Ursache der Infektion zu betrachten.

Walter F. Chappell: Wirkungen von Proteinextrakten von Pollen und Früchten auf die oberen Luftwege.

Verf. hat beobachtet, dass es Menschen gibt, die nach dem Genuss gewisser Früchte oder dem Trinken bestimmter Weine lokale Reizungen auf der Schleimhaut der oberen Luftwege und im äusseren Gehörgang aufweisen. Solche Früchte waren Erdbeeren, Grapefruit, Tomaten. Die grössten Störungen traten nach Genuss roher Aepfel auf. Wenn jemand anaphylaktisch gegenüber einer bestimmten Frucht ist, kann er es auch gegenüber anderen sein. Beim Kochen wird die Wirkung dieser Früchte etwas abgeschwächt. Verf. hat bei fünf Personen, von denen er wusste, dass sie sich gegen Erdbeeren, Tomaten, Aepfel anaphylaktisch verhielten, Proteinextrakte dieser Früchte angewandt, eine sechste Person wurde als Kontrollperson angewandt. Es traten zum Teil sehr schwere, teils lokale, teils allgemeine Reaktionen auf.

J. L. Goodale (Boston): Pollentherapie bei Heufieber.

Pollenextrakt hält sich in 14proz. alkoholischer Lösung mehrere Monate lang. Wenn man Heufieberpatienten etwas davon auf eine Hautschramme appliziert, so tritt bei Anwendung der Pollen, gegen die der Patient empfindlich ist, eine deutliche Reaktion auf. Dies setzt uns instand, zu bestimmen, welche Pflanze in dem betreffenden Fall den Reiz ausübt. Die Intensität der Hauterscheinungen wird herabgesetzt durch häufige Darreichung der betreffenden Proteide per os; gleichzeitig mit der Herabminderung der Reaktion scheint eine gesteigerte Toleranz der Schleimhäute gegen die Pollen der betreffenden Pflanze einherzugehen. Die Pollentherapie bei Heufieber ist eine vielversprechende Behandlungsmethode, jedoch steht ihr Wert und die Dauerhaftigkeit ihrer Resultate noch nicht völlig fest. Serobiologische Methoden haben die phylogenetischen Beziehungen zwischen den verschiedenen Pflanzenfamilien festgestellt. Die Anwendung dieser Entdeckungen auf die Heufiebertherapie durch Injektion von Pflanzenproteiden verspricht für die Auswahl des im gegebenen Falle erforderlichen spezifischen Materials von Nutzen zu sein.

Burt R. Shurley (Detroit) hat die Beobachtungen Goodale's bestätigen können.

Emil Mayer (New York) plaidiert dafür, dass nur Standardlösungen gebraucht werden; die von chemikalischen Firmen in den Handel gebrachten Lösungen sind zu verwerfen.

Fletcher Ingals (Chicago): Bronchoskopie unter Führung des Fluoreszenzschirms.

Die Methode ist von besonderem Wert in den Fällen, wo so viel Schleim, Blut oder Eiter vorhanden ist, dass es schwer ist, den Fremdkörper zu sehen oder wo dieser durch Granulationen bedeckt ist, ferner wenn er in einer Abszesshöhle verborgen ist, wenn sich eine Striktur gebildet hat und in schwierigen Fällen, in denen der Fremdkörper im oberen Lappen steckt oder sonst wie durch die ge-

wöhnlichen Methoden nicht zu entdecken ist. Der Operateur steht zur Linken von dem Kopf des Patienten und hält das Bronchoskop, das vorher bis zu dem Fremdkörper eingeführt war, und dirigiert es nach dem Schatten des Fremdkörpers. Ebenso wird die Zange durch den Schatten auf dem Schirm geleitet. Es werden zwei Fälle mitgeteilt.

George L. Richards (Fall River): Fremdkörper in der Lunge, dessen Diagnose zuerst durch Blutuntersuchung gestellt wurde. Entfernung.

25jähriger Mann, der seit Kindheit an Anfällen von Asthma, Bronchitis und Brustschmerzen leidet; es bestand mässige aber ständige Leukozytose. Physikalische Untersuchung ergab nichts Bestimmtes, Röntgenuntersuchung ergab einen Tapeziernagel im rechten Bronchus; wann der Fremdkörper dahin gelangt war, liess sich nicht eruieren. Chevalier Jackson entfernte nach vorheriger Dilatation des strikturierten Bronchus den erodierten und oxydierten Kopf des Nagels, die Spitze kam nicht mit heraus. Die Brustbeschwerden hörten völlig auf.

Robert Clyde Lynch (New Orleans) demonstriert einen Apparat zur Schwebelaryngoskopie, der in mehreren Punkten Modifikationen des Killian'schen Modells zeigt.

Harmon Smith (New York) berichtet über einen unglücklichen Fall. Er betraf einen Mann, der während einer zahnärztlichen Operation einen Zahnbohrer aspiriert hatte. Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper im linken Oberlappenbronchus, ganz hoch oben. Weder S. noch zwei andere erfahrene Bronchoskopisten konnten den Fremdkörper entfernen. Chevalier Jackson wurde telegraphisch gerufen, arbeitete eine Stunde lang, hatte jedoch auch keinen Erfolg. Es wurde die Pneumotomie gemacht, Pat. starb aber am Shock.

Thomas Hubbard (Toledo) macht darauf aufmerksam, dass die Anwendung der Fluoroskopie bei diesen prolongierten Operationen sowohl für den Operateur, wie für den Patienten nicht ohne Gefahr ist.

Ingals antwortet auf eine Frage, ob er selbst oder ein Assistent das Ende der Zange beobachtet, dass er selbst dies tut, indem er über den Kopf des Patienten hinweg den Schirm beobachtet. Die fluoroskopische Methode soll nicht in jedem Fremdkörperfall angewendet werden, sondern soll das letzte Hilfsmittel darstellen.

Richards wirft die Frage auf, wie lange es gerechtfertigt ist, nach einem Fremdkörper zu suchen. Er erwähnt einen Fall, in dem Killian vor einer Versammlung von Aerzten sich eine Stunde lang vergebens bemühte, eine goldene Sicherheitsnadel bei einer jungen Frau zu entfernen; einige Zeit später versuchte es Chevalier Jackson, musste es aber nach $1^1/_2$ stündiger Arbeit ebenfalls als erfolglos aufgeben. Pat. lebt jetzt seit $2^1/_2$ Jahren als Lehrschwester im Hospital und hat niemals von ihrem Fremdkörper Beschwerden gehabt. Er ist davon überzeugt, dass, wenn man in dem Smith'schen Fall ruhig abgewartet hätte, der Patient noch heute am Leben wäre.

Ingals hält eine Stunde für die äusserste Grenze einer Bronchoskopie. Manche Patienten leben mit dem Fremdkörper. Es ist also besser, von vergeblichen Versuchen abzustehen und abzuwarten. Bisweilen kommt auch ein Fremdkörper aus dem Oberlappen nach unten und kann dann leichter entfernt werden.

Greenfield Sluder (St. Louis): Der vom Ganglion spheno-palatinum ausgehende sympathetische Symptomenkomplex.

S. geht aus von seinen 1913 mitgeteilten Beobachtungen über das Nasenganglion. Das „sympathetische Symptom" besteht in seiner vollen Ausbildung in Niessanfällen, wässrigem Ausfluss, Schwellung der Nase innen und aussen, profusem Tränenfluss, Rötung und Schwellung der Lider, Dilatation der Pupillen mit dem Anschein eines leichten Exophthalmus, Gefühl von Brennen, bisweilen starker Photophobie; manchmal auch Dyspnoe mit trockenem Rasseln. Nach Kokainisieren des Nasenganglion gehen die Erscheinungen zurück. Manche Fälle der gewöhnlichen Coryza gehören zu diesem Typus. S. empfiehlt dieselbe Behandlung wie für den vom Ganglion spheno-palatinum ausgehenden neuralgischen Symptomenkomplex. Er gibt eine ausführliche anatomische und physiologische Begründung.

Auf eine Anfrage über die Stelle, an der die Injektionen gemacht werden müssen, antwortet S., dass das Foramen sphenopalatinum stets unmittelbar nach hinten vom hinteren Ende der mittleren Muschel liegt. Bei dem „akuten sympathetischen Symptomenkomplex" bepinselt er diese Stelle nur; er bedient sich dazu einer gesättigten Kokainlösung.

T. H. Halsted (Syracuse). Weiterer Bericht über den 1914 mitgeteilten Fall von Hypophysistumor (vgl. Centralbl. 1914. S. 135).

Dem damals an einer Cyste der Hypophysis operierten Kinde geht es schlecht; es besteht extremste Muskelschwäche, kolossale Adipositas, der Kopf hat einen riesigen Umfang bekommen, es besteht Somnolenz, Intentionstremor, die Sprache ist schwierig, sie kann Finger in 6 Fuss Entfernung sehen.

John F. Barnhill (Indianopolis) empfiehlt die Methode von Cushing und die Anwendung des von Cushing angegebenen Retraktors und Dilatators.

Ralph Butler: Pharynxtumoren, ausgehend in Sarkom.

21 Jahre alte Frau hatte eine Reihe von Pharynxtumoren, die viermal im Laufe von zwei Jahren anscheinend geheilt wurden. Der erste Tumor verschwand auf Inunktionen und Hg-Jodid, ein fast tödlich verlaufendes Rezidiv ging auf Jodkali zurück; bei zwei anderen Rezidiven wurden Röntgenstrahlen in Verbindung mit Jod und Neosalvarsan gebraucht. Wassermann war zuerst schwach positiv, Luetinreaktion positiv. Die erste mikroskopische Untersuchung deutete auf Syphilis, die zweite auf Rundzellensarkom. Die Autopsie ergab Rundzellensarkom mit beginnenden Metastasen.

George L. Richards (Fall River) macht darauf aufmerksam, dass bisweilen Sarkome der oberen Luftwege spontan verschwinden oder durch Mittel beeinflusst werden, denen man kaum einen kurativen Einfluss zuschreiben kann. So hat er einen Fall von Sarkom des Antrum gesehen, der verschwand, als die

Patientin in die Hände der Christian Science kam; sie war unmittelbar vorher mit Coley's Mittel behandelt worden.

George A. Laland (Boston) und Harmon Smith (New York) führen gleichfalls Fälle an, in denen Sarkome nach Anwendung des Coley'schen Mittels verschwanden.

Zum Präsidenten für 1916 wird Hudson Makuen gewählt.

Emil Mayer.

III. Briefkasten.

R. Hoffmann (München) hat sich daselbst für Laryngologie habilitiert.

Es hat sich als notwendig erwiesen, ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass wir beim Zitieren der Titel von Zeitschriften uns der in der medizinischen Literatur jetzt allgemein üblichen Abkürzungen bedienen. Wir halten uns dabei im wesentlichen an die von der Vereinigung der medizinischen Fachpresse für „Einheitliche Zitate der Titel medizinischer Zeitschriften und Werke" festgelegten Regeln, deren Anwendung in allen der Vereinigung angehörenden Zeitschriften durch die ordentliche Mitgliederversammlung im Jahre 1913 beschlossen wurde. Wir zitieren also z. B. nicht „Archiv für Laryngologie und Rhinologie", sondern „Arch. f. Laryng.", nicht „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete", sondern „Zeitschr. f. Laryng." und ebenso auch nicht „Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der Luftwege", sondern „Zeitschr. f. Ohrenheilk."

F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. **April 1916.** **No. 4.**

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

BARTH, Oberstabsarzt Dr. Ernst, **Die neuropathischen Störungen der Atmung.** (Sonderabdruck aus der Senator-Festschrift.) gr. 8. 1904. 1 M. 60.

— — **Die Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen.** Mit 3 Tafeln und 20 Figuren im Text. (Sonderabdruck aus dem Archiv für Laryngologie. 16. Bd. 3. Heft.) gr. 8. 1904. 2 M.

BERTHOLD, Prof. Dr. E., **Die intranasale Vaporisation.** Ein neues Verfahren zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens und zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Nase und der Kieferhöhle. gr. 8. 1900. 1 M. 60.

BLUMENFELD, Dr. F., **Spezielle Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** gr. 8. 2. Aufl. 1909. 2 M. 80.

BRUCK, Dr. Franz (Berlin-Charlottenburg), **Aphorismen für die hals-, nasen- und ohrenärztliche Praxis.** 8. 1911. 1 M.

BUKOFZER, Dr. M., **Die Krankheiten des Kehlkopfes.** gr. 8. 1903. 4 M. 60 Pf.

— — **Zur Hygiene des Tonansatzes** unter Berücksichtigung moderner und alter Gesangsmethoden. (Sonderabdruck aus dem Archiv f. Laryngologie, XV. Bd.) gr. 8. 1904. 80 Pf.

BUSSENIUS, Stabsarzt Dr. W., **Die Mit- und Nachkrankheiten des Kehlkopfes bei akuten und chronischen Infektionen.** gr. 8. 1902. 1 M.

BUSSENIUS, Stabsarzt Dr. W. u. Dr. H. COSSMANN, **Das Tuberculin TR.** Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äusseren Tuberkulose. Aus d. Klinik f. Hals- u. Nasenkranke d. Kgl. Charité. gr. 8. 1898. 4 M.

EWALD, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. A. und Geh. Med.-Rat, Prof. und Direktor des pharmakologischen Instituts, Dr. A. HEFFTER, **Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre.** Auf Grundlage des Deutschen Arzneibuches 5. Ausgabe und der neuesten ausländischen Pharmakopöen. Mit einem Beitrag von Prof. Dr. E. Friedberger. Vierzehnte, gänzlich umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1911. Geb. 18 M.

FRAENKEL, Prof. Dr. A., und Dr. J. GEPPERT, **Ueber die Wirkungen der verdünnten Luft auf den Organismus.** Eine Experimental-Untersuchung. gr. 8. Mit 1 Taf. in Kupferdr. u. 2 Holzschn. 1883. 3 M.

FRAENKEL, Prof. Dr. Bernh., **Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle.** 17 Quarttafeln in Photogravure mit erl. Text. 1891. 25 M.

GUTTMANN's, Dr. Paul, **Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden** für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. Herausgegeben von Priv.-Dozent Dr. F. Klemperer. Neunte verbesserte und vermehrte Auflage. gr. 8. 1904. 10 M.

HOLMES, Dr. Gordon, **Die Geschichte der Laryngologie** von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart. Uebersetzt von Dr. Otto Koerner. gr. 8. 1887. 2 M.

JAEGER, Oberstabsarzt Prof. Dr. H., **Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche** in ätiol., epidemiol., diagnost. und prophylaktischer Beziehung. gr. 8. Mit 33 Texttafeln. 1901. (Bibliothek v. Coler-v. Schjerning, IX. Bd.) Geb. 7 M.

KRAUSE, Prof. Dr. H., **Die Erkrankungen der Singstimme,** ihre Ursachen und Behandlung. Nach Referat vom internat. Kongress in Moskau. 8. 1898. 1 M.

KUTTNER, Dr. A., **Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe.** gr. 8. 1904. 6 M.

LEWIN, Prof. Dr. L. und Dr. H. GUILLERY, **Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge.** Handbuch für die gesamte ärztliche Praxis. Zweite vervollständigte Auflage. gr. 8. Mit Textfiguren. Zwei Bände. 1913. 38 M.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, April. 1916. No. 4.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **G. L. Richards. Beziehung der Tonsillen, adenoiden Vegetationen und anderer Halszustände zu tuberkulöser Halsdrüsenentzündung. (Relation of the tonsils, adenoids and other throat conditions to tubercular cervical adenitis.)** *Boston medical and surgical journ. Januar 1915.*

Verf. weist auf die zahlreichen Beobachtungen hin, aus denen hervorgeht, dass eine tuberkulöse Adenitis von den Tonsillen bzw. adenoiden Vegetationen ausgeht, ohne dass diese selbst tuberkulös erkrankt sind. Sehr häufig sieht man, dass bei Kindern mit Zervikaladenitis die Drüsen nach Fortnahme der Tonsillen verschwinden. EMIL MAYER.

2) **E. Basch** (Budapest). **Die Behandlung des Skleroms mit Neosalvarsan.** *Verh. des k. Aerztevereins zu Budapest. No. 2. 1916.*

Pat. ist 36 Jahre alt und seit 12 Jahren krank. Es bestehen Wunden der Nase, welche dreimal operiert worden sind, zuletzt vor 2 Jahren. Linke Nase hochgradig verstopft, die rechte undurchgängig. Es bestand hochgradige ulzerierende Tumorbildung des Naseneinganges und der Oberlippe. Geschwüre und Schrumpfung des weichen Gaumens. Histologische Diagnose positiv, Wassermann negativ. Pat. erhielt 5 Injektionen von Neosalvarsan, wobei im ganzen 2,7 g vom Mittel intravenös appliziert wurde. Eine Besserung war schon 24 Stunden nach der ersten Injektion zu konstatieren. Zu Ende der Kur waren sämtliche Geschwüre vernarbt und die Passage der Nasengänge wesentlich gebessert. POLYAK.

3) **J. Czillag** (Budapest). **Ein Fall von Lepra.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1915.*

Der 26 Jahre alte Soldat befand sich im Feldspitale von Piliscsaba. Er hat vom Beginne des Krieges gedient und zur selben Zeit sollen die ersten Hautsymptome sich gezeigt hat. Pat. ist seit 5 Jahren verheiratet und hat zwei ge-

sunde Kinder. Die leprösen Veränderungen lokalisierten sich auf das Gesicht und auf die Extremitäten. Es waren auch Geschwüre in der Nase vorhanden. Die Diagnose wurde histologisch und bakteriologisch gesichert. Der Pat. wurde später auf die Kehlkopfklinik transferiert und ist seither von Prof. Onodi demonstriert und publiziert worden.

POLYAK.

4) **G. Bilancioni. Bedeutung der Eingeweidewürmer für die Oto-Rhino-Laryngoiatrie. (Importanza degli elminti intestinali in oto-rino-laringoiatria.)** *Boll. mal. dell' orecchio. No. 11. 1915.*

Man muss sich die Möglichkeit vor Augen halten, dass Eingeweidewürmer — speziell Ascaris lumbricoides — zu verschiedenen Störungen, Krankheitszuständen, ja sogar zu ganzen Krankheitsbildern im Gebiet der oberen Luftwege führen können. Diese Würmer haben die Neigung aus dem Dünndarm auszuwandern und sich in den äusseren Gängen und Oeffnungen der Respirations- und Digestionsorgane festzusetzen: Sie können bei Kindern den Larynx verlegen, kriechen aus dem Mund oder aus der Nase oder sie kriechen in die Nasenhöhle und in die Tränenwege und in die Stirnhöhle. Es kommt vor, dass sie in die Tuba Eustachii eindringen und — wenn eine Perforation des Trommelfelles infolge chronischer eiteriger Mittelohrentzündung besteht — aus dem äusseren Gehörgang hervorkommen; sie können auch das intakte Trommelfell perforieren. Sie können aus dem Pharynx in den Kehlkopf und die Trachea gelangen, selbst bis in die Bronchien, man kann ferner Askariden in periösophagealen Abszessen finden, sie dringen zwischen die Rachenwände und die Halmuskulatur, können bis zwischen die Wirbelkörper gelangen und zu einer tödlichen Meningitis führen, ausserdem bringen sie durch mechanische Wirkung zahlreiche nervöse Reflexerscheinungen hervor, wie Salivation, Dysphagie, Nasenjucken, trockenen Husten usw.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Kollegen auf eine Art von Tonsillitis, die man häufig bei kindlicher Helminthiasis findet. Nach Darreichung eines Wurmmittels und von Abführmitteln verschwinden die entzündlichen Erscheinungen an den Tonsillen und der Rachenschleimhaut.

CALAMIDA.

5) **Richard H. Johnston. Eine Serie von Fremdkörperfällen. (A series of foreign body cases.)** *Southern med. journ. VII. No. 12.*

Verf. berichtet über 9 Fremdkörperfälle im Larynx, Trachea, Bronchien und Oesophagus bei Kindern von 6 Monaten bis 10 Jahren. In 8 Fällen gelang die Entfernung; im 9. Fall handelte es sich um eine offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines 8 Monate alten Kindes, die nicht mittels des Oesophagoskops lokalisiert werden konnte. 5 Tage später ging sie per Rektum ab, ohne Schaden für den Patienten.

EMIL MAYER.

6) **Gerstein. Zwei Fälle von verschlucktem Gebiss, geheilt durch subkutane Apomorphininjektion.** *Münchener med. Wochenschr. No. 42. S. 1424. 1915.*

Der Verf. wandte subkutane Gaben von 0,005 Apomorphin an, das heftiges Erbrechen und Ausstossen des Fremdkörpers bewirkte.

KOTZ.

7) **H. M. Cunningham. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Bronchoscopy and oesophagoscopy.)** *Journ. of the Michigan state med. society. Sept. 1915.*

Acht Fälle von Fremdkörpern, welche mit dem Oesophagoskop und Bronchoskop entfernt wurden. OTTO FREER.

8) **Caldera. Die hämostatischen Mittel in der Oto-Rhino-Laryngoiatrie. (I mezzi emostatici in oto-rino-laringoiatria.)** *Boll. mal. dell' orecchio. No. 10. 1915.*

Verf. lässt die verschiedenen Blutstillungsmethoden Revue passieren: die mechanischen, chemischen, physikalischen, physiologischen; er stellt über den Wert der einzelnen Methoden Betrachtungen an und schildert ihre Anwendungsweise. Er hat auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen den Wert des Koagulen Kocher-Fonio bestätigen können. CALAMIDA.

9) **T. H. Halsted. Somnoform als Betäubungsmittel.** *The Laryngoscope. August 1915.*

1. Somnoform ist ein ideales Anästhetikum für kurze Narkosen für Kinder und für Erwachsene. Die Narkose wird in 30—90 Sekunden vollständig. Die Zeit, welche sie für das Operieren bietet, beträgt $1^1/_2$ bis 3 Minuten. Das Aufwachen erfolgt 3—5 Minuten nach dem Aufhören der Narkose.

2. Die Wirkung ist ebenso gefahrlos und schnell wie bei dem Stickstoffoxydul, sie hat nicht den Nachteil der Zyanose und es gibt keine unangenehmen Nachwirkungen. Man braucht keinen schwerfälligen Apparat mitzunehmen.

3. Die Sterblichkeit ist niedriger als bei irgendeinem anderen Anästhetikum, ausser vielleicht bei Stickstoffoxydul.

4. Es bildet eine vorzügliche Einleitung zur Aethernarkose. OTTO FREER.

10) **Mosbacher** (Kassel). **Zur Anwendung des Ortizons.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 24. S. 711. 1915.*

Ortizon, eine feste Verbindung des Wasserstoffsuperoxyds mit Karbamid mit 36 pCt. Wasserstoffsuperoxyd, hat den Vorzug, dass man sich damit schnell und leicht Wasserstoffsuperoxydlösungen jeder Konzentration herstellen kann. Es hat sich therapeutisch dem Verf. unter anderem auch bewährt zur Stillung von Blutungen aus der Nase und bei Behandlung von Nebenhöhleneiterungen.

R. HOFFMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **M. Behr. Ein Beitrag zur Klinik und Behandlung der knöchernen und häutigen Atresie der Nase.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 37. 1916.*

Fall 1. Linksseitiger angeborener Choanalverschluss. Entfernen des Verschlusses mit gleichzeitiger Wegnahme des hinteren Teiles des Vomer.

Fall 2. Unvollständiger Verschluss der Choane, höchst wahrscheinlich aufgetreten nach früher unsachmässig ausgeführten operativen Eingriffen.

OPPIKOFER.

12) **R. S. Morrish. Behandlung von Asthma und Heufieber mittels aktiver Immunisation. (Treatment of asthma and hayfever by active immunisation.)** *Journ. of the Michigan state med. society. August 1915.*

Bericht von Versuchen bei der Behandlung Heufieberkranker mit Pollenextrakt. 1 cg des als Erreger verdächtigen Pollens wurde fein im Mörser zerrieben. 10 ccm Normalsalzlösung wurden dann hinzugefügt, die Suspension geschüttelt und 24 Stunden bei einer Temperatur von 37° C stehen gelassen. Der so erzeugte Extrakt wurde dann zentrifugiert und die klare Flüssigkeit, eine Verdünnung von 1 : 1000 darstellend, wird abgezogen und nach Hinzufügung von 0,25 Karbolsäure im Eisschrank aufbewahrt. 1 ccm einer Verdünnung von 1 : 100000 dieser Mutterlösung enthält 1000 Einheiten des Pollentoxins. Für die Behandlung werden 50 Einheiten als Anfangsdosis subkutan eingespritzt und bis auf 750 Einheiten allmählich gesteigert. Unter 11 Fällen wurden 4 gebessert und 3 für den Rest der Heufieberperiode geheilt.

Das Pollentoxin hält sich schlecht und alle 8—10 Tage sollte die Lösung erneuert werden.

Das Wesen des Heufiebers ist das einer Art von Anaphylaxis.

OTTO FREER.

13) **Wolff Freudenthal** (New York). **Kopfschmerzen in ihrem Verhältnis zu Nasenerkrankungen. (Headache in its relation to nasal disease.)** *New York med. journ. 1. Januar 1916.*

Verf. unterscheidet Kopfschmerzen, die ganz und gar von Erkrankungen der Nase oder des Nasenrachenraums herrühren, und zweitens solche, die durch verschiedene Faktoren verursacht sind, von denen jedoch einer in der Nase oder dem Halse liegt. Die erste Klasse ist allen Laryngologen bekannt. Zu der zweiten gehören Fälle, bei denen die Nase erkrankt ist, die aber ausserdem noch an Arteriosklerose, Nephritis, Herzaffektionen, Stuhlverstopfung usw. leiden. Intranasale Operationen bei dieser letzteren Klasse allein führen nie zum Ziele.

(Autoreferat.)

14) **J. A. Hagemann** (Pittsburgh, Pa.). **Die Wechselbeziehungen zwischen der Funktion des Geruches und derjenigen der Genitalfunktion beim Weibe. (The correlation between olfactory and genital functions in tho human female.)** *Med. Record. 25. Dezember 1915.*

Eigene Erfahrungen auf diesem von Fliess zuerst gründlich bearbeiteten Gebiete, die aber einigermaassen von denen anderer Forscher abweichen.

FREUDENTHAL.

15) **William Ferguson** (New York). **Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *New York med. journ. 27. November 1915.*

Verf. teilt, sozusagen, seine Fälle in operable und nichtoperable ein. Von der Entfernung von Exostosen des Septum nar. und von der submukösen Resektion der deviierten Septa hat er gute Erfolge gehabt. (Eine etwas leichte Lösung dieser Frage. Ref.) Seine Theorie muss im Original nachgelesen werden.

FREUDENTHAL.

16) **F. Becker. Ueber das Vorkommen von Ozaena bei Wehrpflichtigen.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 286.*

Gelegentlich der Militärmusterung im Herzogtum Altenburg wurde bei 1476 20jährigen Rekruten in 38 Fällen (2,6 pCt.) Ozaena, meist leichten Grades, festgestellt. Ein besonderer Unterschied zwischen Stadt- und Landbevölkerung war nicht zu finden, dagegen erschienen Sattler und Schuster am meisten beteiligt.

KOTZ.

17) **Henry Horn** (Sanfrancisco, U. S. A.). **Aetiologie und Behandlung der Ozaena. (The etiology and treatment of ozena.)** *A preliminary report.*

Der Autor ist in der Lage, in einem vorläufigen Bericht alle Befunde Hofer's zu bestätigen, und ist ebenso erfolgreich bezüglich der Behandlung gewesen, sowohl mittels autogener wie Stammvakzinen. In 21 Fällen klinischer Ozaena ist die Isolierung einer Reinkultur des Perez'schen Bazillus geglückt.

Dem Autor scheint eine Neuklassifizierung der Ozaena vom klinischen Standpunkt aus geboten zu sein. Nur in solchen Fällen, bei denen es gelingt, den Coccobacillus foetidus ozaenae zu isolieren, soll die Bezeichnung Ozaena zu recht bestehen. (Autoreferat.)

18) **R. Visso Massei. Ueber die Behandlung des Rhinoskleroms mit Autovakzine. (Sulla cura del rinoscleroma con l'autovaccino.)** *Arch. Ital. di laring. No. 4. 1915.*

In dem einen Fall, über den Verf. berichtet, hat er mit der Autovakzinebehandlung ein befriedigendes Resultat erzielt. CALAMIDA.

19) **Tryjarski. Demonstration von 2 Fällen des Rhinoskleroms.** *Medycyna. No. 29. 1914.*

Demonstration von zwei Fällen von Rhinosklerom, welche teilweise operiert und dann mit Autovakzine behandelt waren. Der Erfolg war ziemlich gut. In der Diskussion gingen die Meinungen über Erfolg der Autovakzine auseinander.

v. SOKOLOWSKI.

20) **Edward L. Pratt** (New York). **Trichinose unter dem Bilde einer Sinusitis frontalis. (Trichinosis simulating frontal sinusitis.)** *Journ. amer. med. assoc. 9. Oktober 1915.*

Bericht über 3 Fälle, in denen es Verf. möglich war, die Diagnose auf Trichinose zu stellen, nachdem alle Symptome auf die Nebenhöhlen hingedeutet hatten. Die Differentialdiagnose gründete sich auf die Anwesenheit von Oedem der Augenlider (einmal auch des Gesichts) ohne Oedem an irgendeiner anderen Stelle, 2. den negativen Nasenbefund (in einem Falle war aber anfangs ein Empyem der Kieferhöhlen vorhanden), 3. die Anamnese und 4. die Eosinophilie.

FREUDENTHAL.

21) **Sidney Israel. Myasis der ganzen Nasenhöhle, ihrer Nebenhöhlen und des Schlundes.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Eine Fliege von der Art Chrysomyia Marcellaria kroch, durch den Gestank angelockt, in die von tertiärer Syphilis angegriffene Nasenhöhle eines schlafenden

30jährigen Mannes, wo sie ihre Eier legte. Zwei Tage danach Anschwellung des Gesichts, Delirium und Anfälle von Bewusstlosigkeit. 9 Tage darauf kam der Patient in Israel's Behandlung in anscheinend sterbendem Zustand. Puls 132, furchtbarer Geruch aus der Nase. Delirium mit Bewusstlosigkeit abwechselnd. Das ganze Septum war zerstört, der Nasenrücken eingesunken und die nasalen Kieferhöhlenwände waren verschwunden. Die ganze Nasenhöhle, die Kieferhöhlen und die Stirnhöhlen waren mit Fliegenlarven gefüllt. Sie fanden sich auch in einer Perforation des harten Gaumens, in den Mandeln und in den Arcus palatini. Zur Behandlung wurde ein Spray von reinem Chloroform gegen die betroffenen Stellen gerichtet, welcher die Larven tötete. Einzelne Larven hatten sich in die Mandeln und in die Gaumenbögen hineingefressen und mussten herausgeschnitten werden. Nachdem der Patient einen Orbitalabszess durchgemacht hatte, genas er.

OTTO FREER.

22) **V. A. Chapman. Osteom der Stirnhöhle. (Osteoma of the frontal sinus, report of a case.)** *Journ. of the Michigan state med. society. Januar 1916.*

Ein hartes Osteom füllte die rechte Stirnhöhle aus, verdrängte das rechte Auge nach unten und aussen und perforierte schliesslich die Vorderwand der Stirnhöhle. Die Sehkraft des rechten Auges verminderte sich bis auf 20—50, die Netzhautvenen waren stark gefüllt, die Arterien verdünnt. Bei der Entfernung des Osteoms zeigte es sich, dass es durch das Septum interfrontale in die linke Stirnhöhle eingedrungen war. Der Ursprung des Tumors wurde nicht bestimmt.

OTTO FREER.

23) **Imhofer. Fall von Mukocele der Stirnhöhle mit Exophthalmus.** Wissenschaftl. Sitzung der k. k. Militärärzte in Krakau am 29. Januar 1916. *Demonstr. aus der oto-rhinol. Abteilung des k. k. Garnisonspitals No. 15.*

Es bestand Dislokation des Bulbus nach aussen unten, und Vorwölbung der Wand des mittleren Nasenganges.

Operation von der Nase aus, nach Wegnahme einiger Siebbeinzellen, die vorgelagert waren. Entleerung von etwa $^1/_4$ Liter schleimiger gelblicher Massen. Behandlung mit Spülungen. Chlorzinkätzungen der Schleimhaut. Beträchtlicher Rückgang des Bulbus, Schwund des Exophthalmus.

Die endonasale Eröffnung genügte in dem Falle, da das Auge infolge unregelmässigen Astigmatismus für den Sehakt nicht in Betracht kam. (Visus $< ^6/_{60}$.) Hätte es sich aber um ein gesundes Auge gehandelt, so hätte unbedingt noch eine Operation von aussen stattfinden müssen, um den Bulbus vollständig in normale Stellung zu bringen und Doppeltsehen zu vermeiden.

2. Schussverletzung des linken Siebbeins. Projektil im Röntgenbild in den hinteren Siebbeinzellen. Operation von der Orbita aus (Killian'scher Schnitt). Ausräumung des erkrankten Siebbeins. Extraktion des Projektils (Shrapnelgeschossmantel). Drainage der Wundhöhle in die Nase und nach aussen.

Es war möglich gewesen, den Tränensack vollständig herauszuheben und eine Verletzung desselben zu vermeiden; nach Beendigung der Operation Reposition desselben und exakte Naht.

Heilung ohne Funktionsstörung des Auges und ohne Stenose der Tränenwege.

STEINER (PRAG).

24) **Willy Pfeiffer. Ein Fall von Osteom und Mukozele des Sinus frontalis mit Perforation der cerebralen Wand.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 223.*

Der vom Verf. mitgeteilte Fall verdient besonderes Interesse, weil das Osteom kompliziert war mit einer Mukozele, die das Krankheitsbild beherrschte; auch war der Tumor nach der Orbita, dem Siebbein, der Stirnhöhle und der Schädelhöhle perforiert und es kam vorübergehend zu meningitischen Reizerscheinungen. Der Patient wurde mit gutem — auch kosmetisch befriedigendem — Resultat operiert. Verf. gibt eine ausführliche Krankengeschichte, den genauen makro- und mikroskopischen Befund und bespricht im Anschluss daran die Symptomatologie und Therapie dieser Geschwülste.

FINDER.

25) **Rhese. Ueber Keilbeinhöhlen-Mukozele, gleichzeitig ein Beitrag zur Aetiologie der Mukozele.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 169.*

Mitteilung von 3 Fällen; in zwei Fällen beruhte die Diagnose darauf, dass am Dach der Keilbeinhöhle ein grosser Defekt war. Die Entstehung dieser Defekte ist nach dem Verf. nur so zu erklären, dass eine Mukozele vorhanden war, die späterhin der sekundären eitrigen Infektion anheimfiel.

Was die Aetiologie anbetrifft, so hält Verf. die Entstehung durch Zystenbildung für selten, die Entstehung durch Verschluss des Ostium für das gewöhnliche. Es kann auch eine Keilbeinhöhlenmukozele dadurch vorgetäuscht werden, dass eine Siebbeinmukozele sich in die Keilbeinhöhle hinein entwickelt. Unter den entzündlichen Ursachen des Verschlusses eines Nebenhöhlenostium sind anscheinend von besonderem Einfluss die in der Umgebung des Ostium ausserhalb der betreffenden Nebenhöhle sich abspielenden Entzündungen (Ethmoiditis, chronische Entzündungen in den Nischen und Gängen der oberen Nasenregion). Zur Mukozelebildung kommt es im allgemeinen erst dadurch, dass zu dem Verschluss des Ostium besondere Ursachen hinzutreten (Entzündungen, Kompression der Venen in den verengten Ostien, anscheinend auch besonderer Reichtum der Schleimhaut an Drüsen), die zu einer gesteigerten Sekretproduktion führen. Die Mukozelenbildung ist nicht ohne weiteres als ein rein mechanischer Vorgang aufzufassen, sondern es wirken bei ihrer Entstehung Entzündungen mit. Für die Entstehung der Keilbeinhöhlenmukozele sind wichtig die Entzündungen im oberen Nasengang und im Rec. spheno-ethmoidalis, ganz besonders aber die chronischen Erkrankungen des hinteren Siebbeins. Ungünstige Lage und Grösse des Ostium schaffen wahrscheinlich eine Disposition.

FINDER.

26) **Georg Eule. Ueber Dermoide des Nasenrückens.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1915.*

Verf. bespricht zunächst die Entstehung der Dermoide der Nase an der Hand eines Ueberblicks über die Entwicklungsgeschichte der Nase. Er schildert einen auf der Ohren- und Nasenklinik der Charité (Passow) beobachteten Fall: Es bestand eine Fistel auf dem Nasenrücken, die sich nicht schloss; Auskratzumg der Zyste führte zu keinem Resultat, dieselbe wurde daher in toto exstirpiert. Mitteilung des mikroskopischen Befunds. Uebersicht über die sehr wenigen, bisher

in der Literatur mitgeteilten Fälle und daran anschliessend Besprechung der Symptomatologie und Anatomie. Als Therapie kommt nur die radikale Exstirpation der Zyste in Betracht.

FINDER.

27) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber primäre Nasenpolypen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 19. 1916.*

Grosser solitärer Polyp bei 7 Jahre altem Kinde, ohne Nebenhöhleneiterung. Die Kieferhöhle erwies sich bei der Eröffnung als gesund. Es gibt also solitäre Nasenpolypen ohne Insertion in der Kieferhöhle und ohne Kieferhöhleneiterung.

OPPIKOFER.

28) **Hermann Marx. Ueber das Adenom der Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 60. S. 49.*

Uebersicht über die in der Literatur berichteten Fälle und Mitteilung eines eigenen Falles. Dem vorliegenden Material nach sind die mikroskopisch als Adenome sich darstellenden Geschwülste der Nase in zwei verschiedenen Formen beobachtet, einmal als kleine papillom- oder polypenartige Tumoren und dann als grosse Tumoren, die die ganze Nase ausfüllen und auch in die einzelnen Höhlen eindringen können. Zur letzteren Kategorie gehört der hier mitgeteilte Fall. Hier war der Tumor vom Septum ausgegangen, hatte das rechte Siebbein durchwuchert und war in die Orbita eingedrungen, ebenso in die Kiefer- und Stirnhöhle; der hintere Teil des Septums war völlig zerstört. Operation. Heilung. Nach einem Jahr kein Rezidiv.

FINDER.

29) **Siebenmann. Chondrom der Nase.** *Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 30. 1913.*

Der Fall betrifft einen 31 Jahre alten Mann; der Tumor war zuerst im linken inneren Lidwinkel zum Vorschein gekommen, dort von innen und aussen operiert worden; $1^1/_2$ Jahre später neue Geschwulstbildung im rechten Lidwinkel und Operation. Vf. machte die Radikaloperation; H-Schnitt, wie bei seiner doppelseitigen Stirnhöhlenoperation. Es zeigte sich, dass der Boden der vorderen Schädelgrube im mittleren Drittel fehlte, der Tumor war mit der Dura fest verwachsen. Er reichte beiderseits in die Orbitae bis an deren hinteren Pol, in die Keilbeinhöhlen und hinunter bis in das Velum. Das Gesamtgewicht des Tumors, der sich leicht ausschälen liess, betrug etwa 100 g. Pat. überstand die Operation gut, die vorher unerträglichen Kopfschmerzen verschwanden und das Sehvermögen hob sich beiderseits bedeutend.

JONQUIÈRE.

30) **L. Clerc. Varietät der hämorrhagischen gutartigen Tumoren der Nasenhöhle. (Varietà di tumori benigni emorragici delle cavità nasali.)** *Bollet. d. mal. dell' orecchio. No. 6. 1915.*

Die vom Verf. histologisch untersuchten 6 Tumoren hatten ihren Ursprung am Septum; alle Fälle betrafen weibliche Kranke. In 3 Fällen handelte es sich um anämische, nervöse, junge Personen mit vasomotorischen Störungen und Anomalien im Bereich der Genitalsphäre; 2 Fälle betrafen Frauen im vorgerückten Stadium der Gravidität.

CALAMIDA.

31) **R. Bishop Canfield. Nasenkrebs. (Cancer of the nose.)** *Journ. of the Michigan state med. society. Juli 1915.*

Unter 11200 Hals-, Nasen- und Ohrenkranken der Ann Arbor-Klinik gab es 50 Fälle von bösartigen Nasentumoren. Von diesen waren 22 primäre Tumoren des Naseninnern, 12 derselben waren Epitheliome, 3 Basalzellencarcinome, 1 Medullarcarcinom, 1 Endothelioma carcinomatosum, 1 Adenocarcinom, 1 Osteosarkom und ein kleinzelliges Sarkom. Der jüngste Patient war 22, der älteste 70 Jahre alt. In nur 3 Fällen ging der Tumor auf das Gehirn über und in keinem Falle wurden die Lymphdrüsen ergriffen, bevor der Tumor die knöchernen Wände der Nase durchbrochen hatte. In keinem Falle gab es Metastasen. 8 Patienten (6 Carcinome, 1 Osteosarkom der Kieferhöhle und 1 Endothelioma carcinomatosum) wurden dauernd geheilt.

OTTO FREER.

32) **R. Bishop Canfield. Ein Fall von Spindelzellensarkom der Nasennebenhöhlen. (A case of spindlecell sarcoma of the accessory sinuses.)** *Journ. of the Michigan state med. society. Oktober 1915.*

Das Sarkom füllte die ganze linke Nasenhälfte vollständig aus, sowie beide Stirnhöhlen, die linken Siebbeinzellen und die linke Kieferhöhle. Es hatte die Orbitalwand des Siebbeins durchbrochen, das Auge nach aussen und unten verdrängend. Das Orbitaldach wurde von der Geschwulst zerstört, so dass die Dura bloss lag. Operation von aussen mittels eines Schnittes wie zur radikalen Stirnhöhlenoperation gemacht, aber mit einem nach oben bis zur Haargrenze reichenden Schnitte verbunden. Genesung.

OTTO FREER.

33) **E. H. Cary** (Dallas, Texas). **Maligne Tumoren in und um die Orbita. (Malignant tumors in and around the orbit.)** *Journ. amer. med. assoc. 30. Okt. 1915.*

Die meisten der von Verf. operierten Fälle gingen von der Nase oder dem Munde aus, und es ist erstaunlich, welche guten Erfolge er hatte bei Sarkomen mit Unterbindung und Exzision der Karotis und ihrer Verzweigungen. Näheres sollte im Original nachgelesen werden.

FREUDENTHAL.

34) **Kofler. Sarkom des Nasenrachenraums.** *K. k. Ges. der Aerzte zu Wien, Sitzung vom 19. 11. 1915.*

Demonstration eines Soldaten, dem Verf. das Sarkom operativ entfernt hat.

HANSZEL.

c) Mundrachenhöhle.

35) **Schopper** (Berlin). **Die Behandlung einer schweren Schussverletzung aus der Kieferstation von Geh. Rat Prof. Dr. Warnekros, Berlin.** *Fortschr. der Med. No. 16. 1916.*

Ein Gewehrschuss hatte bei einem Soldaten fast den ganzen Unterkiefer mit Mundboden, Kinn und Unterlippe fortgeschossen, so dass die Zunge ihren Halt verlor und nach unten gesunken war. Ernährung nur durch die Sonde möglich. Im Oberkiefer waren die Zähne teilweise ausgeschossen, der harte Gaumen an der

Grenze zum weichen durchlöchert. Durch Prothesen und konservierende Behandlung der Zähne und Wurzeln des Oberkiefers sehr gutes Resultat erzielt, wie die 5 Abbildungen beweisen.

SEIFERT.

36) **Hans Gerlach. Otitis externa ulceromembranacea (Plaut-Vincent) mit nachfolgender Stomatitis, Angina und Glossitis ulceromembranacea.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 309.*

Pat. litt seit frühester Kindheit an Ohrenlaufen; seit kurzem plötzlich Absonderung dicken, braunrot gefärbten Eiters. Die Gehörgangswände zeigten sich ulzeriert, mit schmierigem Belag bedeckt. Ausstrichpräparate ergaben massenhaft fusiforme Bazillen und Spirochäten. Es trat ferner ein Wangengeschwür auf, sowie annuläre Geschwüre am Gaumen und Beläge auf den Tonsillen. An allen Stellen wurden massenhaft Spindelbazillen und Spirochäten gefunden. Verf. meint, dass die Erreger aus der Mundhöhle der Patientin stammen und sekundär — eventuell durch den Finger — ins Ohr eingeschleppt sind. Sie hatte vor einem Jahr Mundfäule gehabt, und Verf. meint, dass seitdem die Mikroorganismen in besonders reichem Maasse in der Mundhöhle vorhanden waren. Das aus dem Mittelohr stammende Sekret mit seinen den Sauerstoff vertilgenden Bakterien und Kokken hat für die anaëroben Fusiformen und Spirochäten die Lebensbedürfnisse zum weiteren Gedeihen im erodierten äusseren Gehörgang geschaffen. Nach einer auf den klinischen Verlauf der Krankheit sehr wirksamen Salvarsaninjektion zeigte sich — kombiniert mit der von Gerber als Erstarrungs- und Totenformen beschriebenen Veränderung der Plaut-Vincent'schen Spirochäte — eine auffallende Körnelung derselben, die Verf. ebenfalls als Absterbeprozess ansieht. Die erste Salvarsaninjektion von 0,4 g war ohne Wirkung gewesen, nach der zweiten von 0,6 g verschwanden die Erreger innerhalb weniger Tage völlig aus dem Ausstrich und die Geschwürsbildung in Mundhöhle und Ohr kam schnell zum Abschluss.

FINDER.

37) **Almkvist** (Stockholm). **Ueber die primären Ursprungsstellen und die sekundäre Ausbreitung der merkuriellen ulzerösen Stomatitis und über die Entstehung der Salivation bei Quecksilberbehandlung.** *Derm. Zeitschr. Bd. 23. 1916.*

Die merkurielle Wirkung in der Mundhöhle ist in Uebereinstimmung mit der merkuriellen Wirkung im Darme eine gefässlähmende und eine geschwürsbildende. Möglicherweise ist auch die Salivation eine Folge von Gefässlähmung in den Speicheldrüsen. Die geschwürsbildenden Veränderungen in der Mundhöhle beruhen nicht auf der Quecksilberwirkung allein, sondern auf einer Kombinationswirkung von Quecksilber- und lokalen Eiweisszersetzungsprozessen, welche H_2S entwickeln. Diese letzteren treten zuerst nur in der Gingivaltasche, den Krypten und Lakunen der Tonsillen und im pharyngogingivalen Winkel auf, daher diese „Schlupfwinkel" die primären stomatitischen Lokalisationen darstellen, von denen aus sekundär teils durch Kontaktwirkung, teils durch Wundinfektion, teils durch Flächenausbreitung andere stomatitische Veränderungen entstehen.

SEIFERT.

38) **T. E. Carmody** (Denver, Colo). **Tuberkulose des Mundes. (Oral tuberculosis.)** *Annals of otology. Juni 1915.*

Die Tuberkulose des Mundes manifestiert sich in den folgenden Formen: 1. Knötchen, 2. Tuberkulome, ein Ausdruck, den Verf. später selbst verwirft, 3. tuberkulöse Abszesse, 4. tuberkulöse Papillome, 5. tuberkulöse Geschwüre, die wieder in tuberkulöse und lupöse zerfallen, und schliesslich Tuberkulose der Speicheldrüsen.

Die Infektion geschieht entweder durch das intakte Epithelium, wie von vielen nachgewiesen wurde, so auch von Dmochowski (Verf. nennt ihn Dmochowitz. Ref.), oder auf hämatogenem Wege. Viel häufiger jedoch ist die sekundäre Tuberkulose, deren Entstehung derjenigen im Larynx gleich ist. Verf. erörtert sodann das Ergriffensein der verschiedenen Stellen des Mundes, welches durch eine Reihe von Krankengeschichten und vorzüglichen Abbildungen illustriert wird.

FREUDENTHAL.

39) **J. Bence** (Budapest). **Drei Fälle von Hypophysenerkrankungen.** *Verh. des k. Aerztevereins zu Budapest. No. 13. 1915.*

Akromegalie war in jedem der Fälle vorhanden, im Falle II bestand ausserdem Riesenwuchs (Körperhöhe 203 cm), im Falle III Glykosurie, täglich 12—15 l Urin mit 2—3 pCt. Zuckergehalt. Die Röntgenuntersuchung ergab in jedem Falle das charakteristische Bild der Hypophysengeschwulst. POLYAK.

40) **Kofler. Carcinom des Epipharynx.** *K. k. Ges. der Aerzte zu Wien. Sitzung vom 19. 11. 1915.*

Der Fall betraf einen 14jährigen Knaben. HANSZEL.

41) **Mock** (Chicago). **Tonsillitis und Handinfektionen. (Tonsillitis and hand infections.)** *Surgery, gynaecology and obstetrics. Oktober 1915.*

Verf. hat bei einer grossen Anzahl von Arbeitern eine auffallend häufige Koinzidenz von Angina mit Hand- und Fingerinfektionen gefunden; er wurde dadurch veranlasst, bakteriologische Untersuchungen anzustellen, und fand, dass in der Regel derselbe Mikroorganismus für beide Erkrankungen anzuschuldigen ist. Im Jahre 1914 war in Chikago eine Epidemie von Streptokokkenanginen, die Gesamtzahl der von Verf. beobachteten Fälle von Angina war 603, die Gesamtzahl der von ihm beobachteten Fälle von Handinfektion war 117. Von den letzteren waren bei 32 (27,9 pCt.) gleichzeitig Angina vorhanden. In 24 Fällen war schwere Lymphangitis und Tenosynovitis, diese hatten alle Angina. FINDER.

42) **T. H. Halsted** (Syracuse, N. Y.). **Die Tonsillen in ihrer Beziehung zu rheumatischen Infektionen. (The tonsils in its relation to rheumatic infection.)** *New York state journ. of med. November 1915.*

Die Tonsillen bilden nicht nur die gewöhnlichsten Eingangspforten für die pyogenen Keime der infektiösen Arthritis mit allen ihren Komplikationen (Endo- und Pericarditis, Nephritis, Chorea, Pleuritis usw.), sondern sie sind auch die Träger dieser Keime, was durch häufige Autoinfektionen bewiesen ist. Verf. ent-

fernte viele erkrankte Tonsillen und ist infolge seiner guten Resultate von dem Zusammenhang zwischen diesen und Rheumatismus fest überzeugt.

FREUDENTHAL.

43) **Oscar Beck. Extraduraler Abszess in der hinteren Schädelgrube nach eitriger Tonsillitis. (Meningitic suppurative extradural abscess of the posterior fossa of the skull after purulent tonsillitis.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. März 1915.*

Es hatte sich nach eitriger Tonsillitis ein retro- und suprapharyngealer Abszess gebildet, der allmählich an Grösse zunehmend nach oben gegen die Schädelbasis gedrückt hatte; der Knochen war hier in seiner ganzen Dicke zerstört worden und es hatte sich in der linken hinteren Schädelgrube ein grosser subduraler Abszess gebildet. Eine Röntgenaufnahme, die von dem Präparat gemacht wurde, zeigt die Stelle, wo der Abszess in den Schädel einbrach, sowie den Defekt in dem Hinterhaupts- und Keilbein. An der Mund- und Rachenschleimhaut konnte nichts Pathologisches entdeckt werden, die Tonsillen schienen normal zu sein; als jedoch tief in das Mandelgewebe eingeschnitten wurde, kam eine grosse Menge Eiter zum Vorschein, besonders auf der linken Seite. Es wurden Veränderungen in der Pharynxmuskulatur in Höhe der Tonsillen konstatiert und zwar war hier das Muskelgewebe leicht erkrankt; sehr viel ausgesprochenere Veränderungen wurden jedoch nahe der Schädelbasis gefunden und es wurde hier auf reichlichen freien Eiter getroffen.

Man konnte bei der Autopsie den Gang der Infektion von der linken Tonsille längs des Rachendachs so deutlich verfolgen, dass kein Zweifel darüber bestehen kann, dass der ganze Prozess seinen Ursprung in der Tonsille hatte. Die Autopsie zeigte auch, warum der retro- und suprapharyngeale Abszess klinisch nicht erkannt worden war. Die ersten Anzeichen begannen, als der Abszess durch die Schädelbasis hindurch brach. Der ganze Krankheitsverlauf hatte 14 Tage gedauert.

EMIL MAYER.

44) **Harry A. Barnes** (Boston, Mass.). **Die radikale Behandlung der peritonsillären Abszesse mittels Tonsillektomie während des akuten Stadiums der Krankheit. (The radical treatment of peritonsillar abscess by tonsillectomy during the acute stage of the disease.)** *Boston med. and surg. journ. 30. Dezember 1915.*

Die Gefahren der gänzlichen Entfernung der Tonsillen während einer akuten Streptokokkeninfektion sind keineswegs so grosse, wie man glaubte. Im Gegenteil lehrt die Erfahrung, dass diese Methode viel sicherer ist, als die frühere durch einfache, meist aber blinde Eröffnung des Abszesses. (Vor mehr als einem Jahre machte Ref. einige Male dieselbe Operation und es erfolgte stets gute Heilung.)

FREUDENTHAL.

45) **J. W. Jervey. Die Beherrschung der Blutung nach Mandelausschälung. (The control of bleeding in tonsil enucleation.)** *Journ. of the South Carolina med. assoc. Oktober 1915.*

Die Kompressorien und Styptika werden als nutzlos verworfen und die Unter-

bindung des jeweils blutendeu Gefässes mittels der Rosenheim'schen Zange und Jervey's eigener Unterbindungszange beschrieben und befürwortet. (Wegen Mangels an Illustrationen ist die Beschreibung unverständlich. Auch berücksichtigt der Autor nicht diejenigen Fälle, wo ein spritzendes Gefäss überhaupt nicht zu finden ist, weil das Blut aus offenen Venen quillt, die sich weder auffinden noch unterbinden lassen. Ref.)

OTTO FREER.

46) **Charles Franklin Adams. Tonsillo-Adenektomie und die Stillung der Blutung. (Tonsiladenectomy and the control of the hemorrhage.)** *New York med. journ. Mai 1915.*

Verf. schildert die von ihm geübte Operationsmethode, die sich nicht wesentlich von der allgemein angewendeten unterscheidet. Ein Hauptgewicht ist auf die exakte Blutstillung zu legen; es sollen nach der Operation die beiden Gaumenbögen mit einer Zange umgestülpt werden, so dass die Fossa tonsillaris frei zutage liegt und dann soll jedes einzelne blutende Gefäss unterbunden werden.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

47) **W. Schürmann** und **G. Pringsheim. Zum Nachweis von Diphtheriebazillen im Originaltupferausstrich.** *Med. Klinik. No. 42. 1915.*

1. Die nach Gins modifizierte Neisserfärbung ist der bisher üblichen Färbemethode überlegen. Dadurch, dass die Diphtheriebazillen intensiver gefärbt werden und grösser aussehen, ist eine leichtere Auffindung im mikroskopischen Bild ermöglicht.

2. Sie eignet sich besonders für Originalausstrichpräparate.

3. Auch in den Fällen, wo das Kulturverfahren im Stiche liess, wurden durch die Gins'sche Methode doppelt so viel Fälle noch als positiv erkannt als durch die Neisserfärbung.

4. Es empfiehlt sich, diese neue Methode in allen Laboratorien bei Originalpräparaten zur Anwendung zu bringen, da der geringe Aufwand an Mühe nicht im Vergleich steht zu den erzielten Resultaten.

FINDER.

48) **E. Bergh** (Malmö). **Ueber primäre Nasendiphtherie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 49. S. 584. 1915.*

Der Bericht stützt sich auf 35 Fälle, ohne wesentlich Neues zu bringen. Ein Fall ist an Herzlähmung gestorben. Ob aber dieser Fall (Krankengeschichte 1) direkt der Nasendiphtherie erlegen ist, erscheint dem Referenten unsicher; nach der zu kurzen Krankengeschichte, welcher auch der Sektionsbefund fehlt, zu schliessen, darf die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, dass eine Rachendiphtherie vorausgegangen ist, die dann nachträglich den akuten Herztod bedingt hat. Jedenfalls ergibt auch diese Statistik, dass im grossen Ganzen die Prognose dsr Nasendiphtherie quoad vitam günstig zu stellen ist. Ausser dem Falle von Herztod wurden an weiteren Komplikationen Mittelohrentzündung (in 5 Fällen) und Albuminurie (in 2 Fällen) beobachtet. Wenn Verf. in der Einleitung zu seiner Arbeit bedauert, dass in den Lehrbüchern der Medizin, der Kinderheil-

kunde, der Rhinologie das Bild der Nasendiphtherie zu kurz behandelt wird, so hätte Referent gewünscht, dass in der vorliegenden Abhandlung, wenn sie ein vollständiges Bild geben soll, auch der lokalen Folgeerkrankungen der Nasendiphtherie mit wenig Worten erwähnt wird; es ist doch gar nicht so selten, dass im Anschluss an Nasendiphtherie Synechieen entstehen oder die Nasendiphtherie den direkten Anstoss zu einer später ausgesprochenen Ozaena gibt. Die Angabe des Autors, dass bei der Nasendiphtherie die Serumeinspritzung rasche Heilung bedingt, ist in dieser allgemeinen Fassung nicht ohne weiteres zu bestätigen; gibt es doch nicht selten Fälle von Nasendiphtherie, bei welchen infolge Ueberwucherns der Streptokokken die Wirkung des Diphtherieserums nicht eklatant ist.

OPPIKOFER.

49) **Bakradzé** (Tiflis). **Beitrag zum Studium der nachdiphtheritischen Polyneuritis. (Contribution à l'étude de la polyneurite post-diphtérique.)** *Genfer Dissert. 1915.*

Verf. behauptet, es sei oft schwierig, die asthenische Bulbärparalyse (Erb) von der der nachdiphtheritischen Polyneuritis zu unterscheiden. Bei einer Beobachtung des Verf.'s an der Universitätsklinik in Genf konnte diese Unterscheidung nicht mit Sicherheit durchgeführt werden, sondern die Symptome waren durcheinander gemischt.

Die charakteristischen Unterschiede zwischen asthenischer Bulbärparalyse und nachdiphtheritischen Lähmungen sind folgende:

1. Bei ersterer sehr langsame Entwicklung der Paralyse während mehrerer Jahre, bei letzterer rasche in 2—3 Wochen.

2. Bei ersterer Flüchtigkeit der einzelnen Lähmungen, so dass sie innerhalb eines Tages entstehen und vergehen oder wenigstens in ihrem Grade stark wechseln können; bei letzterer stabile Lähmungen.

3. Bei ersterer hebt die tetanisierende Anwendung des faradischen Stromes nach einigen Sekunden die Erregbarkeit des Muskels auf, bei letzterer ist die faradische Reizbarkeit abgeschwächt oder aufgehoben, die galvanische erhöht, aber die Muskelreaktionen sind träge.

4. Bei ersterer sind keine Sensibilitätsstörungen; umgekehrt bei Diphtherie.

5. Bei ersterer fehlt Atrophie der Muskeln und Sphinkterlähmung, die bei letzterer ausgesprochen sind.

6. Bei ersterer tritt gleich anfangs gern beiderseitige Ptosis der Augenlider ein, bei letzterer Gaumenlähmung, u. a. m.

JONQUIÈRE.

50) **William H. Park** (New York). **Die Anwendung des Diphtherie-Antitoxins zu Heilzwecken. (The administration of diphtheria antitoxin for curative purposes.)** *Health News. November 1915.*

Verf. gibt seit 3 Jahren nur eine einzige Einspritzung von Antitoxin, und zwar in milden Fällen subkutan, in mässig starken Fällen subkutan oder intramuskulär, und in sehr heftigen Fällen intravenös oder intravenös und intramuskulär.

Verf. empfiehlt folgende Dosierung, wohlgemerkt nur in einer Injektion:

Für ein Kind von 10 bis 30 Pfund (amerikanische Pfunde) unter 2 Jahren

Milde Form	Mittelstarke Form	Starke Form	Maligne Form
2000—3000	3000—5000	5000—10000	10000
Für ein Kind von 30 bis 90 Pfund unter 15 Jahren			
3000—4000	4000—10000	10000—15000	15000—20000
Für Erwachsene (90 Pfund und darüber)			
3000—5000	5000—10000	10000—20000	20000—40000.

FREUDENTHAL.

51) **E. Leschke. Ueber die lokale Behandlung der Diphtherie mit Tribrom-β-Naphtol (Providoform).** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. S. 1381. 1915.*

Durch Providoform, das eine sehr stark entwicklungshemmende Wirkung gegenüber Diphtheriebazillen besitzt und auch in grossen Dosen vollkommen ungiftig ist, kann günstiger Einfluss auf die lokalen Diphtherieveränderungen in den oberen Luftwegen ausgeübt werden. Es empfiehlt sich die Anwendung mittels eines Zerstäubers und in Form von Gurgelungen, vor allem auch als Prophylaktikum und in der Rekonvaleszenz, wobei Verf. bei den meisten seiner Fälle schon in der ersten Woche nach dem Verschwinden des Belages Bazillenfreiheit erzielen konnte.

KOTZ.

c I) Kehlkopf und Luftröhre.

52) **W. Giedgowd. Ueber den Unterschied in Bau und Funktion des Kehlkopfes beim Kinde und Erwachsenen.** *Medycyna. No. 40—42. 1914.*

Eine ausführliche anatomische und physiologische Studie, dargestellt auf Grund der neuesten Literatur und eigenen Beobachtungen des Verfassers; zum Referat nicht geeignet.

v. SOKOLOWSKI.

53) **Julius Dworetzky. Prophylaxe und Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (Prevention and care of laryngeal tuberculosis.)** *XI. Jahresversammlung der National association for the study and prevention of tuberculosis.*

Verf. hat seine Erfahrungen am Otisville Sanatorium gesammelt; von den erwachsenen Patienten haben etwa 70pCt. positiven Sputumbefund und von diesen haben 25pCt. Kehlkopftuberkulose. Verf. gibt einige allgemeine Regeln, deren Innehaltung seines Erachtens der Entstehung von Larynxkomplikationen vorbeugen soll: Vermeidung der Mundatmung, Stimmruhe, Unterdrückung des Hustens, Abstinenz von Tabak und Alkohol usw. Vor allem tritt Verf. dafür ein, dass die Patienten mit Larynxtuberkulose im Sanatorium abgesondert und in einer besonderen Abteilung untergebracht werden, die der Leitung eines Laryngologen untersteht. Je nach dem Umfang und der Art der Larynxaffektion werden verschiedene Grade von Stimmschonung verordnet: Absolutes Schweigen, Flüstern, mässiger Stimmgebrauch. Von aktiven Maassnahmen hat Verf. die besten Resultate von der Galvanokaustik gesehen.

FINDER.

54) **Th. Rüedi. Beobachtungen aus Davos über operative Behandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 73. S. 174.*

Verf. hat aus einem Material von etwa 1000 zur Untersuchung gekommenen Kehlkopftuberkulosen 575 Patienten in 1548 Sitzungen endolaryngeal operiert. Als bestes Verfahren bezeichnet er die elektrokaustische Behandlung nach Mermod-Siebenmann. Bei mehr als einem Drittel der operierten Fälle stellte er Heilung fest. Er bestreitet eine vorherrschende Abhängigkeit des Verlaufes der Larynxtuberkulose von dem der Lungentuberkulose und bezeichnet die Behauptung, bei Kehlkopftuberkulotikern sei die Hochgebirgskur kontraindiziert, als falsch.

KOTZ.

55) **Lubliner. Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Epiglottis. (Pnypadek guza grieslierego nagtosm.)** *Medycyna. No. 28. 1914.*

In der Warschauer oto-laryngologischen Gesellschaft demonstrierte Verf. einen Kranken, bei welchem an der rechten Seite der Epiglottis ein Tumor von Walnussgrösse bestand, die ganze rechte Kehlkopfseite war stark infiltriert, Dysphagie war dabei gering. In den Lungen waren deutliche tuberkulöse Veränderungen nachweisbar. In der Diskussion entstand die Frage, ob es sich in diesem Falle nicht um eine Mischinfektion handelt, obwohl in der Anamnese Syphilis negiert war.

v. SOKOLOWSKI.

56) **Brünings. Ueber autoskopische Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Röntgenstrahlen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 324.*

Verf. hat ein Röntgenautoskop konstruiert, bei dessen Anwendung die Gewähr vorhanden ist, dass die autoskopisch eingestellte Kehlkopfpartie jedesmal in gleicher Weise von der intensivsten Achsenstrahlung getroffen wird. Er schildert genau die Konstruktion des Apparates, seine Anwendungsweise und teilt die Geschichten von 4 so behandelten Fällen mit. Mit Sicherheit liess sich nur eine prompte Wirkung auf die von Schleimhautgeschwüren ausgelösten Schmerzen konstatieren, welche schon nach 2—3 Sitzungen von 10 bis 15 Minuten Dauer eintritt und bis zu 14 Tagen anhält. Wirkungslos war die Bestrahlung gegen zirkumskripte und diffuse Infiltrate, sowie Oedeme.

FINDER.

57) **R. Steiner. Kehlkopfpapillom.** Gemeinsame ärztliche Vortragsabende in Prag. Sitzung vom 4. Februar 1916.

65jähriger Mann, bei dem die laryngoskopische Untersuchung ein fast die ganze linke Kehlkopfhälfte ausfüllendes Papillom ergibt.

Ein erhöhtes Interesse kommt dem Falle dadurch zu, dass Patient vor fünf Jahren mit derselben Diagnose in Behandlung des laryngologischen Instituts stand, nur handelte es sich damals um ein etwa erbsengrosses in der Mitte des rechten Stimmbandes aufsitzendes Papillom.

Die von Prof. Ghon damals vorgenommene mikroskopische Untersuchung der von St. glatt exstirpierten Neubildung ergab den Befund eines Stimmbandpapilloms von myxo-fibromatösem Bau. Demonstration des histologischen Präparats.

Die Sprache blieb 5 Jahre hindurch klar; seit 3 Monaten wieder Hustenreiz und Heiserkeit. Untersuchung ergibt das eingangs beschriebene Bild. Vortr. will

in diesem Falle die endolaryngeale Entfernung mittels Schwebelaryngoskopie vornehmen. Bemerkenswert ist, dass am rechten Stimmband, wo das erste Papillom gesessen hatte, kein Rezidiv erfolgt war.

STEINER (PRAG).

58) **Harmon Smith. Kehlkopfkrebs mit Laryngozele kompliziert.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Die mit Luft ausgedehnte Appendix ventriculi Morgagni drängte sich zwischen die Schleimhautfalten der linken aryepiglottischen Falte, die Epiglottis verdrängend. Der Luftsack setzte sich unter das Zungenbein in den Hals fort, wo er als elastische Geschwulst gefühlt werden konnte. Ein Einstich in dieselbe entleerte die Luft und der zusammengezogene Luftsack entschwand dem Blicke, worauf eine Geschwulst im Kehlkopfinnern sichtbar wurde, welche als Krebs gedeutet wurde. Verf. betrachtet die Laryngozele als Folge des Krebses.

OTTO FREER.

59) **V. Hinsberg. Ueber „Pseudorezidive" nach Exstirpation von Larynxcarcinomen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 209.*

Verf. hat unter acht Fällen von Laryngofissur wegen Carcinoms in vier sich nach einiger Zeit Tumoren entwickeln sehen, die auf den ersten Blick den Verdacht auf Rezidiv erweckten, sich aber bei der Untersuchung als harmlose Granulationsbildungen herausstellten.

FINDER.

60) **A. Réthi** (Budapest). **Fälle von radikaler Exstirpation des Kehlkopfkrebses.** *Verh. des k. Aerztevereins zu Budapest. No. 2. 1916.*

Es wurden 3 Fälle von Kehlkopfkrebs demonstriert, welche von Réthi nach der Gluck'schen Methode operiert worden sind. Die Fälle sind ungefähr vor 6 Monaten operiert worden und sind derzeit noch rezidivfrei.

POLYAK.

61) **Homer Dupuy. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *New Orleans med. and surgical journ. Juli 1915.*

Die Hauptgefahren bei der modernen Laryngektomie sind: Aspirationspneumonie, Mediastinitis, Entzündung der Nervi vagi und Reflexhemmung der Herztätigkeit und der Atmung durch Reizung des Nervus laryngeus superior.

Verf. operiert in zwei Zeiten. Um das Mediastinum zu schützen, soll das Operationsfeld mit Einschluss des Kehlkopfes, der Luftröhre und der seitlichen Teile des Halses, durch eine Voroperation blossgelegt worden. Nach einer Woche, nachdem Granulationen den Brustraum vom Halse abgeschlossen haben, wird der Kehlkopf entfernt.

OTTO FREER.

62) **George D. Stewart** (New York). **Die konservative Behandlung von „innerem" Carcinom des Larynx mittels Thyreocricotomie (totale Laryngofissur) oder Thyreotomie (partielle Laryngofissur). (The conservative treatment of intrinsic cancer of the larynx by thyreocricotomy [total laryngofissure] or thyreotomy [partial laryngofissure]).** *Annals of surgery. Dezember 1915.*

Es ist die Absicht des Verf.'s in diesem Artikel die konservative Behandlung von innerem (intrinsic) Krebs des Larynx, d. h. solchen, die an den Stimmbändern oder unterhalb dieser Gegend haften, in das rechte Licht zu setzen. Er empfiehlt folgenden Modus operandi: Man mache die Tracheotomie entweder einige Tage vorher, in welchem Falle die Patienten früher und besser schlucken können, oder

unmittelbar vor der Operation bei deprimierten Personen usw. Dann werden die Schildknorpel in der Medianlinie gespalten, und zwar mit genauer Schonung der Insertion der Stimmbänder (starke Schere zu empfehlen, aber mit Vorsicht). Wenn die Oeffnung nicht genügt, um einen vollkommenen Einblick in den Larynx zu bekommen, so muss noch der vordere Bogen der Cartilago cricoidea durchtrennt werden. Darauf Tamponade des Oesophaguseingangs, genaue Umschneidung des Neoplasmas in der Entfernung von 1 cm und schliesslich Heraussezieren desselben. Ist der Aryknorpel ergriffen oder der Interarytenoidalraum, so muss partielle oder totale Laryngektomie gemacht werden. Verf. glaubt jedoch, dass Laryngofissur allein in mehr als einem Drittel aller Fälle genüge. Seine Resultate waren gut.

FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

63) **H. Gutzmann. Störungen der Stimme und Sprache bei Kriegsteilnehmern.** Kriegsärztlicher Abend der Zehlendorfer Lazarette, Sitzung vom 20. 10. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 53. S. 1585. 1915.*

Es wurden im ganzen bisher über 100 solcher Störungen behandelt, beobachtet und begutachtet. Auf 80 dieser im Felde erworbenen Stimm- und Sprachstörungen geht G. näher ein. Sie waren ausnahmslos recht schwer. Unter den 80 waren durch Schussverletzung entstanden 20, durch „Erkrankungen vor dem Feinde“ 60, davon 22 durch Shockwirkung — meist Platzen von Granaten in nächster Nähe, Verschüttung durch Zusammenbrechen der Unterstände —, die sich bei den meisten zunächst in Bewusstlosigkeit äusserte und oft mehrere Tage anhielt. Meist war auch die gesamte Erschütterung des Körpers so schwer, dass man die Folgen wohl kaum mit Recht nur als Shockwirkung ansehen kann oder gar die so entstandenen Stimm- und Sprachstörungen kurzweg als „hysterisch“ bezeichnen darf, wie das leider häufig der Fall war. Durch Erkrankungen mannigfacher Art entstanden die übrigen 38. Bei den durch Schussverletzung entstandenen Stimm- und Sprachstörungen war die Behandlung fast immer leichter als bei solchen durch „Erkrankungen vor dem Feinde“. Die Behandlung nahm stets einige Monate in Anspruch, wie dies bei diesen Störungen auch sonst erforderlich ist. Zum Teil wurde die Behandlung recht erschwert dadurch, dass die Kranken schon einige Monate in anderen Lazaretten gelegen hatten. Es sind bisher 22 Kranke entlassen worden; fast alle sind wieder dienstfähig geworden. Vier Kranke werden vorgestellt.

R. HOFFMANN.

64) **E. N. Maljutin. Beitrag zur anatomischen Grundlage der Diagnostik des Charakters der Stimme. Stimmgabelharmonium.** *Stimme. Bd. 10. H. 2/3. November/Dezember 1915.*

M. hat sich eingehend mit den Beziehungen zwischen der Form des harten Gaumens und der Stimme beschäftigt. Tiefe steile Gewölbe fand er bei Koloratursopranen und Tenören, breite steile Gaumen beim Kontra-Alt und beim Bass. Kehlkopf, Stimmlippen usw. müssen aber dazu passen. Ganz tiefen Stimmen ist ein kuppelartiges Gaumengewölbe eigen. Passt das Gaumengewölbe nicht zur Stimme, so verändert es M. durch Einsetzen von Prothesen, um die Phonations- bzw. Resonanzverhältnisse zu bessern und den übrigen Organen anzupassen. Ge-

sangschüler können solche angeborene Fehler durch Anpassung ihrer Stimme ausgleichen, wobei M. ein ähnlich dem Gutzmann'schen Stimmgabelapparat konstruiertes Stimmgabelharmonium benutzt. Die Stimmgabelvibrationen werden auf die Stellen des Kopfes, Halses oder der Brust übertragen, wo der Sänger seine Vibrationen wahrnehmen soll. NADOLECZNY.

65) **C. van Zanten. Ueber den Luftverbrauch beim Kunstgesang.** *Stimme. VIII. H. 9. Juni 1914.*

v. Z. unterscheidet mit Recht bei der Singatmung zwei Typen, solche, die eine Weile in einatmender Stellung beharren und solche, welche die Einatmungsluft sofort wieder ausgeben. Erstere atmen richtig. Sie wünscht u. a. die Feststellung des Luftverbrauchs beim weichen und harten Ansatz (Einsatz) und beim Forte und Piano und der Atembewegungen beim Auf- und Abwärtssingen (schon gemacht von Réthi und vom Ref.). NADOLECZNY.

66) **A. Güttich. Die Sängerknötchen in pathologisch-anatomischer Beziehung.** *Arch. f. exper. u. klin. Phonetik. Bd. 1. H. 4. S. 361.*

G. hat 14 Fälle histologisch untersucht. Er fand nie Drüsenbestandteile, meist hauptsächlich Bindegewebe, selten Epithelhyperplasie. „Dieser Befund ist ausreichend, um die Fränkel'sche Drüsentheorie endgültig zu stürzen." Auch in sechs Kehlkopfpolypen fand er keine Drüsenteile, dagegen fand er sie in einem breiten, ungefähr von der Stimmbandmitte ausgehenden Polypen und in einem von der vorderen Kommissur. NADOLECZNY.

67) **L. P. H. Eijkman. Die Zungenstellung bei der Aussprache einiger Vokale, wiedergegeben durch Röntgenaufnahmen. (The tongue position in the pronunciation of some vowels as set forth by Röntgen-photographs.)** *Vox. 1914. H. 3. S. 129.*

Aufnahmen der holländischen Vokale ú, a:, a, í. Genaue Diagramme der verschiedenen Aufnahmen und Vergleiche derselben untereinander.

NADOLECZNY.

68) **Clara Hoffmann. Zur Frage der Gesangsfähigkeit bei Schwerhörigen.** *Vox. 1914. H. 3. S. 144.*

Untersuchungen aus Taubstummen- und Schwerhörigenschulen. Von 102 schwerhörigen Kindern sangen 50 ihre selbstgewählte Melodie völlig richtig, 20 annähernd richtig, 14 noch erkennbar, nur 18 schienen völlig unmusikalisch. Demnach könnten 70 Kinder Gesangsunterricht bekommen, obwohl oder vielmehr weil bei nur zweien die Sing- und Sprechstimme gut war und keines der Kinder richtig atmete. Letzteres traf auch für die Taubstummen zu, deren Stimmen dagegen weich klangen, wohl weil sie besser artikulierten. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

69) **John E. Summers** (Omaha, Neb.). **Das Auftreten der Heredität als ein Faktor in der Erzeugung der Struma. (The incident of heredity as a factor in the causation of goitre.)** *Annals of surgery. August 1915.*

Obwohl mit einem gewissen Recht ätiologisch das Trinkwasser, sowie auch

Mikroorganismen für das kumulative Auftreten von Struma in gewissen Gegenden verantwortlich gemacht werden, so lässt sich eine hereditäre Beeinflussung doch nicht leugnen, wie aus den Beobachtungen des Verf.'s hervorgeht. Unter anderen starben in einer mit Struma stark behafteten Familie drei kleine Kinder an dieser Krankheit, während das vierte im Alter von acht Tagen in asphyktischem Zustande operiert wurde und genas. FREUDENTHAL.

70) **Thomas Jameson** (Rochester, N. Y.). **Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung des Hyperthyreoidismus. (The indications for surgical treatment of hyperthyreoidism.)** *New York med. journ. 18. September 1915.*

J. unterscheidet zwei klinisch genau erkennbare Typen: Die akut einsetzende und die mehr chronisch verlaufende Form, deren Unterscheidungsmerkmale durch die Anamnese und den Befund gegeben sind. Prophylaktisch müsse in den Fällen nach einer Infektion in den oberen Luftwegen, den Zähnen und an entfernteren Stellen gesucht werden.

Genaue Regeln für eine event. Operation, die nie während eines akuten Stadiums gemacht werden dürfe. FREUDENTHAL.

71) **Messerli** (Lausanne). **Die Behandlung des Kropfes mittels fortgesetzter Desinfektion des Darmes. (Le traitement du goitre par la désinfection intestinale continue.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 12. 1915.*

Vierte oder fünfte Serie von Fällen über diese Behandlungsweise. Publiziert wurden dieselben schon in No. 4 u. 5 dieser Revue, in No. 8 u. 15 der schweizerischen Rundschau f. Medizin, und als Dissertation, alle referiert in diesem Centralblatt (1915).

Bisher hatte Verf. Benzo-Naphthol 0,5 2—3mal täglich verwendet. Diesmal wurde mit mechanischer Reinigung des Darmes mit Abführmitteln, Aloë, Calomel, Magnesia sulf. und Natr. sulf. usw. vorgegangen, oft kombiniert mit Desinfektion durch Salol, Tannoform und Kreosot. Der Erfolg war ebenso gut wie früher.

Die 12 Fälle betrafen follikuläre, parenchymatöse und stark hypertrophierte Strumen. Die Abnahme der Kröpfe schwankte zwischen 6 und 10 cm des Halsumfanges. Die Ergebnisse scheinen also sehr günstig zu sein. Dafür spricht auch, dass Verf. durch den eidgenössischen Oberfeldarzt Dr. Heuser ermutigt wurde, diese Versuche zum Wohl der Truppen fortzusetzen. JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

72) **Levigourevitch** (Russland). **Ueber die Häufigkeit der Oesophagusvaricen bei Lebercirrhose. (De la fréquence des varices oesophagiennes dans la cirrhose alcoolique.)** *Genfer Dissert. 1915.*

Auf 108 Fälle aus der Genfer Klinik von 1905—1915 kommt ein Drittel mit Varicen der Speiseröhre. Diese Varicen sind häufiger bei Cirrhose mit Ascites. In diesen Fällen geht die Sterblichkeit bis zu zwei Dritteln der Fälle. Der Tod kommt ungefähr in der Hälfte dieser Fälle durch Hämorrhagien zustande.

Schon Galen führte diese Varicen auf Stauung in der Vena portarum zurück.

JONQUIÈRE.

73) **Thomas W. Grayson** (Pittsburgh, Pa.). **Spastische Striktur mit Erweiterung des unteren Teiles des Oesophagus. (Spasmodic stricture with dilatation of the lower esophagus.)** *Med. Record. 1. Januar 1916.*

Die Hauptsymptome sind Beschwerden beim Schlucken und Regurgitation der Speisen. Die möglichst frühzeitig einzuleitende Behandlung besteht in Lavage, Einführung von Bougies und anderen bekannten Mitteln. FREUDENTHAL.

74) **W. Berger. Ein Fall von Oesophagusschuss.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 45. S. 1557. 1915.*

Die Autopsie zeigte einen Steckschuss, der durch die rechte Kehlkopfwand, die Speiseröhre und die linke Pleurakuppe in die hintere Brustwand gegangen war. Durch Eindringen der Luft von der Speiseröhre aus war ein Pneumothorax entstanden. Bei dem am 4. Tag nach der Verwundung verstorbenen Pat. konnten in vivo sichere Symptome für eine Oesophagusverletzung nicht festgestellt werden. Verf. rät Halsschüsse in bezug auf Diät u. dergl. wie Bauchschüsse zu behandeln.

KOTZ.

75) **F. Massei. Ein verbogenes 5-Centesimi-Stück im Oesophagus eines Kindes. (Una moneta di 5 centesimi curvata a foggia di scodella nell' esofago di una bambina.)** *Arch. ital. di laring. No. 1. 1916.*

Die Münze war so verbogen, dass sie eine Art Näpfchen darstellte; die Konvexität desselben lag dem hinteren Abschnitt des Anfangsteils der Speiseröhre an. Verf. versuchte die Extraktion mit dem Kirmisson'schen Haken, die nach verschiedenen vergeblichen Versuchen auch gelang. CALAMIDA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzung vom 5. Mai 1915.

Vorsitzender: Costiniu.

Mayersohn stellt einen 52jährigen Matrosen vor, der seit 2 Monaten heiser ist; vor 2 Jahren bestand ebenfalls Heiserkeit, die nach Anwendung der gewöhnlichen Mittel zurückging. Einen Monat vor dieser ersten Heiserkeit hatte er einen Schanker akquiriert. Er hat seitdem mehr als 100 Hg-Injektionen erhalten. Wassermann ist zurzeit positiv. Bei Untersuchung des Larynx konstatiert man auf beiden, durchaus beweglichen, Stimmbändern zwei Tumoren, die auf den ersten Anblick Papillome zu sein schienen; beide Tumoren legen sich aneinander. Der übrige Larynx ist normal. Es bestehen weder Schmerzen, noch Atembeschwerden. M. stellt den Fall wegen der diagnostischen Schwierigkeiten, die er bietet, vor.

Costiniu schlägt intravenöse Neosalvarsaninjektionen vor; wenn man kein Resultat erzielt, würde die mikroskopische Untersuchung Aufklärung geben.

Sitzung vom 2. Juni 1915.

Vorsitzender: Costiniu.

Costiniu stellt 1. einen Fall von Sarkom des Nasenrachenraums vor. 51jähriger Mann, im September 1914 begann die Nasenatmung behindert zu werden,

gegen Weihnachten zeigten sich Drüsenschwellungen beiderseits am Hals, seit Januar hat das Gehör nachgelassen. Man sieht im Nasenrachen einen harten roten Tumor, der bei Berührung leicht blutet; es besteht Fötor. Beiderseits am Halse grosse Drüsentumoren. Da der Fall inoperabel ist, hat C. subkutane Injektionen mit Natr. cacodyl. gemacht und Radiotherapie angewandt.

2. 50jähriger Mann mit Larynxtumor. In der Anamnese nichts von Lues, Wassermann jedoch schwach positiv; seit 3 Monaten heiser, keine Schluckschmerzen, aber Atembeschwerden bei Nacht. Man sieht laryngoskopisch einen glatten, roten Tumor, der die ganze linke Kehlkopfhälfte, das Vestibulum und einen Teil der Epiglottis einnimmt. Am Hals keine Drüsen.

Eug. Felix hält den Fall für ein Sarkom, Mayersohn für ein Syphilom.

Costiniu will zunächst einige Neosalvarsaninjektionen machen.

3. 69jähriger Mann, dessen rechte Mandel hochgradig vergrössert ist, so dass sie die Mittellinie überragt und nach unten bis fast an den Larynx reicht. Während die linke Mandel den normalen Grad von Atrophie zeigt, ist die rechte mindestens dreimal so gross wie eine normale Mandel. C. denkt an eine tertiär-syphilitische Affektion.

Sitzung vom 6. Oktober 1915.

Vorsitzender: Constantinescu.
Schriftführer: Mayersohn.

Mayersohn: Fall von vollständiger angeborener membranöser Atresie der vorderen Nasenlöcher.

Während die kongenitale Atresie der Choanen verhältnismässig selten ist, sind die Fälle von totalem kongenitalen Verschluss des Naseneingangs noch seltener. Am seltensten jedoch sind die Fälle von angeborenem totalen Verschluss des Ausgangs der Nasenlöcher, d. h. der vorderen Oeffnung der Nasenhöhle. In den meisten Lehrbüchern werden diese Atresien überhaupt nicht erwähnt. M. hat abgesehen von einem durch Georges Grimmer mitgeteilten Fall (Laryngol. sect. Royal soc. of med., London, 6. März 1908), in dem es sich jedoch nur um einen partiellen Verschluss handelte, nur vier solche Fälle in der Literatur auffinden können. Zu diesen Fällen kommt der von Raoul (Nancy), in dem es sich um ein 2 Monate altes Kind handelte. (Soc. belge d'oto-rhino-laryngologie, publ. Revue méd. de l'Est., 1. April 1903.)

Der von M. vorgestellte Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen; von den 13 Geschwistern, von denen die Patientin das neunte ist, weist keines irgendwelche Anomalie auf. Das Kind hält konstant den Mund offen und atmet ausschliesslich durch diesen. Die Nase weist äusserlich nichts Auffallendes auf. Wenn man jedoch die Nasenspitze in die Höhe stülpt, so sieht man, dass im Hintergrund des Nasenvorhofes, da, wo die Haut in die Schleimhaut übergeht, die Nasenhöhlen durch ein häutiges Diaphragma, das rechts etwas grösser ist als links, vollkommen verschlossen sind. Der Verschluss ist ein derart vollkommener, dass keine Spur Luft hindurchgeht. Das Kind kann nicht riechen, gibt jedoch an, dass es bisweilen den Küchengeruch durch den Mund wahrnimmt. Die Sprache ist wie bei hoch-

gradig verstopfter Nase. Da das Kind bereits von Geburt an ausschliesslich durch den Mund atmete, so machte die Ernährung grosse Schwierigkeiten, da es nicht die Brust nehmen konnte. Es hat nicht lesen noch schreiben gelernt.

In einer Sitzung wurden beide Diaphragmen, die eine Dicke von etwa 1 cm hatten, mittels des Galvanokauters zerstört. Im Innern der Nasenhöhle fand M. zahlreiche Narbenbänder, die er ebenfalls zerstörte. Es wurden dann Xeroformgazestreifen in die Nase eingeführt und nach 24 Stunden durch Kautschukdrains ersetzt. M. war gezwungen, Sonden zur Dilatation einzuführen, denn es besteht noch jetzt — 2 Monate nach der Operation — die Tendenz zur Wiederbildung von Membranen. Zurzeit ist die Atmung frei, der Geruch normal.

Costiniu: Fall zur Diagnose: Ein junges Mädchen kommt fast ausgeblutet nach einer Blutung aus dem Munde in das Hospital. Bei der Untersuchung findet man einen fluktuierenden, wahrscheinlich angeborenen, Tumor, der die Zungenbasis von den Papillae circumvallatae bis zum Larynxeingang einnimmt. Die Stimme ist gleich der einer Patientin, die an einer Peritonsillitis leidet. Die Epiglottis ist nicht zu unterscheiden. Temperatur 38,5°, abends 40°. Am dritten Tage von neuem Blutbrechen. Man sieht auf der linken Seite des Tumors eine kleine Ulzeration, jedoch keine Blutspuren. Während zweier Tage schwankt die Temperatur zwischen 38°, 39° und 40°. Am vierten Tage ist sie des Morgens 39,4° und 36° am Abend. Punktion des Tumors ergibt sanguinolente Flüssigkeit. Lungen gesund. Patientin verlässt das Hospital, ohne dass es möglich war, eine Diagnose zu stellen.

Costiniu: Diffuses Sarkom des Pharynx.

45jährige Frau. Seit einem halben Jahr eine grosse Drüse links aussen am Halse. Seit kurzem ist sie beim Sprechen behindert, schluckt und atmet jedoch ohne Beschwerden. Bei der Untersuchung findet man einen roten, weichen Tumor, der den grössten Teil des Pharynx einnimmt. Es wird Radium angewandt; Patientin stirbt am vierten Tage.

Matzianu: Partielles Diaphragma des Kehlkopfs.

M. stellt einen jungen Mann von 17 Jahren vor, der zwischen den vorderen Teilen der Stimmbänder ein Diaphragma zeigt. Es scheint sich um eine angeborene Missbildung zu handeln. Patient hat stets mit belegter Stimme gesprochen.

Mayersohn.

---

b) Oto-Laryngologischer Verein zu Kristiania.

Sitzung vom 21. Oktober 1915.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Leegaard stellte ein 10jähriges Mädchen mit hereditärer Lues vor, das sich zurzeit in der Ohren-Kehlkopfabteilung des Reichshospitals befindet. Sie war früher wegen phlyktänulärer Keratitis in der Augenabteilung und wegen Skrofulose in der Kinderabteilung und Kehlkopfabteilung behandelt worden, wo sie vor etwa 1$^1/_2$ Jahren wegen Larynxstenose tracheotomiert wurde; später hat sie eine

Kanüle getragen. Wegen zunehmender Atmungsbeschwerden fand sie im August d. J. (zum dritten Male) in der Abteilung Aufnahme. Bei der Ankunft litt sie an Bronchitis und wurde zunächst mit Ipecacuanhamixtur, später mit Kampferemulsion behandelt, fühlte sich aber trotzdem noch beschwert. Zufälligerweise kam eine Pirquetreaktion zur Ausführung, die sich als negativ erwies; später eine Wassermannreaktion, die stark positiven Ausfall hatte. Nach Jodkalium empfand sie keine Erleichterung. Darauf wurde 0,15 und nach 14 Tagen 0,30 Neosalvarsan intravenös angewandt. Seit der ersten Neosalvarsandosis (vor einem Monat) machte sich entschieden eine Besserung mit freierer Atmung geltend. — Die Patientin trägt an beiden Seiten des Halses zahlreiche Narben von suppurierenden Drüsen, sie hat doppelseitige Korneatrübungen sowie ein stark geschwächtes Gehör mit beiderseitigem negativem Trommelfellbefund. — Bei der Tracheoskopie (Pieniazek'sche Röhre) sieht man die Trachealwandungen überall mit gelbem dickem Sekret bedeckt: bei der Bifurkation unten scheint von der einen Seite zur andern eine Verengerung zu bestehen.

Interessant ist vor allem bei dieser Patientin, dass sie aus der einen Abteilung in die andere unter der Etikette Skrofulose gewandert ist, um sich dann ganz zufällig als ein hereditär luetisches Kind zu entpuppen. Die Behandlung ist noch nicht zum Abschluss gekommen und der Fall wird wohl später noch ausführlicher mitgeteilt werden.

Galtung stellt eine Patientin aus der Poliklinik der Universität für Ohren-, Nasen-Halskrankheiten vor, die 4 Monate lang an heftigem bohrendem Stirnkopfschmerz, Schwindelanfällen und unruhigem Schlaf gelitten hatte. Es war kein Nasenfluss, weder nach vorn zu noch durch den Nasenrachen vorhanden. Sie war von einem Privatarzt unter der Diagnose Neurasthenie behandelt worden.

Bei der Untersuchung in der Poliklinik fand man bei Rhinoscopia ant. alles normal, bei Rhinoscopia post. bemerkte man am hinteren Ende der Concha media rechtsseitig nur etwas eingetrockneten Schleim und in der Nähe davon einen vereinzelten Eiterfleck. Mit Killian's Spekulum wurde die rechte Concha med. zur Seite gebogen. Ueber dem Ethmoidalabschnitt war die Schleimhaut etwas bläulichrot.

Mit dem Onodi'schen spitzen Konchotom öffnete man einige Ethmoidalzellen, die mit Schleimeiter ausgefüllt waren. Es stellte sich heraus, dass alle Ethmoidalzellen, die vorderen wie die hinteren, mit Eiter, Granulationen und kleinen Polypen ausgefüllt waren. Man nahm eine Totalresektion mit Beibehaltung der Concha media vor. Der Sinus sphenoidalis fand sich frei. Es sind nun 14 Tage seit der Operation vergangen, ohne dass sie den geringsten Kopfschmerz oder Schwindel verspürt hätte, und nachts hat sie vorzüglich geschlafen. — Die heutige Untersuchung bot nichts Abnormes dar.

Diskussion: Uchermann, Fleischer.

Uchermann stellte einen 77jährigen Mann vor, der unter der Diagnose Cancer laryngis aufgenommen worden war. Während des letzten halben Jahres bestanden Heiserkeit und Dysphagie. Die Untersuchung erwies am Rande der Epiglottis einige hanfsamengrosse rote Knötchen. Die rechte Plica ary-epiglottica und das rechte falsche Stimmband sind uneben, blass geschwollen, nicht ulzeriert.

Die Stimmbänder beweglich, nicht sehr verändert. Das Bild ist mehr das einer Tuberkulose. Ein Stück wird zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt. (Der Fall erwies sich als Tuberkulose.)

Uchermann legte einen etwa bohnengrossen Tumor vor, der endolaryngeal vom rechten falschen Stimmband eines 36jährigen Lehrers entfernt worden war. Die Geschwulst war glatt, sehr hart und ähnelte zumeist einem Fibrom. Bei der mikroskopischen Untersuchung (im pathologisch-anatomischen Institut) wurden im Präparat zahlreiche typische Tuberkel nachgewiesen. Vor 7 Jahren hatte er ein am Rande ulzerierendes höckeriges Infiltrat vom linken falschen Stimmband entfernt (mikroskopische Untersuchung: tuberkulöses Granulationsgewebe). Vor 5 Jahren beseitigte er in derselben Gegend einen kleineren, etwa $^1/_2$ cm hohen, runden, oberflächlich ulzerierenden, sehr harten Tumor. — Die linke Seite ist jetzt vollständig normal, Spuren früherer Eingriffe lassen sich unmöglich erkennen. Abgesehen von einer kurzen Spanne Zeit nach jeder Operation hat er seinem Lehrerberuf ohne Beschwerden obliegen können. Der lokale Prozess scheint im Begriff zu sein, „auszutrocknen". In den Lungen ist nichts zu hören.

Diskussion: Fleischer.

Uchermann legte einen haselnussgrossen Tumor vor, der entsprechend dem oberen Teil des Os lacrymale vom Periost der linken Orbitalhöhle (einer 47jährigen Frau) entfernt worden war. Er ist grauweiss, etwas weicher Beschaffenheit. Er scheint sich im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren ohne Schmerzen oder andere Symptome des Auges entwickelt zu haben. Mikroskopisch lautete die Diagnose: Neurofibrom. Die Geschwulst ist dem Aussehen und Verlauf gemäss einem Orbitaltumor gleich, der im Juni d. J. bei einem 27jährigen Manne entfernt wurde. Dieser, ebenfalls vom Periost ausgehend, erwies sich jedoch als ein Myxofibrom. Diese Geschwülste sind zwar verhältnismässig selten, doch in diagnostischer Beziehung interessant, da die Frage stets sein wird, ob die Schwellung vom Sinus frontalis ausgeht oder nicht.

Fleischer: Gumma os. frontis, Sinusitis frontalis supp., Killian's Operation.

Fleischer berichtete einen Fall von Sinusitis frontalis, die von einem Gumma ausging. Die Patientin war eine 60jährige Frau, die mehrere Monate lang Schmerzen um das rechte Auge herum gehabt und wegen supraorbitaler Neuralgie behandelt worden war. Gleichzeitig zeigte sich ein 3 ccm grosser kreisrunder Tumor mitten an der Stirn. Da nach mehreren Monaten auch über und medial dem rechten, nach aussen unten zu etwas dislozierten Auge eine Schwellung eintrat, suchte sie einen Augenspezialisten auf, der, abgesehen von der Dislokation mit Bezug auf das Auge, alles normal vorfand und die Patientin an den Berichterstatter wies. In der Nase liess die Untersuchung nichts Abnormes erkennen. Nach Entfernung des vorderen Teils der Concha media gelangte man leicht in die rechte Frontalhöhle. Die Ausspülung fördert eine Menge dicker, nicht übelriechender Eiterklumpen zutage.

Beim Pumpen sieht man die vordere Wand des Stirntumors sich vor und zurück bewegen. Der Tumor ist 2 ccm gross, kreisrund, mit erhabenen Knochenkanten und vollständiger weicher Mittelpartie.

Die nähere Prüfung ergab luetische Antecedentia.

Trotz täglicher Ausspülung der Frontalhöhle und energischer antiluetischer Behandlung bildete sich unter dem rechten Augenlid ein subperiostaler Abszess, der nach einigen Wochen perforierte. Es wurde eine Radikaloperation nach Killian vorgenommen. Die rechte Frontalhöhle erstreckte sich ziemlich weit linksseitig der Mittellinie, so dass der Stirntumor nur die rechte Frontalhöhle betraf. Dem Tumor entsprechend fand man im Stirnbein einen kreisrunden Defekt mit erhabenen Rändern. Die Weichteile waren erhalten. Normaler Verlauf. Heilung.

Der Krankengeschichte, dem Aussehen des Tumors und dem Defekt des Stirnbeins nach lässt sich mit Bestimmtheit annehmen, dass es sich um ein die Stirnhöhle infizierendes Gumma gehandelt hat. Uchermann.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 11. Februar 1916.

Vorsitzender: Killian.

Scheier demonstriert ein Präparat von einer Schussverletzung des Kehlkopfes. Einschuss des Infanteriegeschosses war in der Höhe des Ringknorpels links $^1/_2$ cm von der Mittellinie entfernt am inneren Rande des Kopfnickers, Ausschuss am Rücken 2 cm links von der Wirbelsäule. Es entstand Hautemphysem auf der ganzen linken Halsseite bis zur Klavikula. Fünf Stunden nach der Verletzung sieht man laryngoskopisch unterhalb des linken Stimmbandes ein festsitzendes Blutgerinnsel; keine Schwellung des Kehlkopfinnern. Unter starken Schluckbeschwerden und allmählichem Schlechterwerden des Allgemeinzustandes am folgenden Tage Exitus. Sektion ergab einen 1 cm langen Riss am seitlichen Teil des Ringknorpels und des oberen Trachealringes; Bluterguss im oberen Teil der Oesophagusschleimhaut, im linken oberen Lungenlappen Zerreissung, Hämatothorax.

Killian hat bei seinem recht grossen Material von Kehlkopfschüssen die Beobachtung gemacht, dass es meist sich um Flankenschüsse handelt, während bei nur wenigen die Schussrichtung vorn nach hinten verläuft. Dies liegt vielleicht daran, dass die meisten von den letzteren Fällen schon auf dem Schlachtfeld oder bald danach zugrunde gehen, denn bei ihnen wird die Wirbelsäule und eventuell auch das Rückenmark mitgetroffen.

Kuttner hat bei den Kriegsverletzungen der Nasennebenhöhlen gefunden, dass im Gegensatz zu dem, was man a priori erwarten durfte, in den meisten Fällen trotz ausgedehnter Zerstörung eine vollkommene Heilung erfolgt, ohne dass ernste Komplikationen eintreten. So war in einem Fall eine Shrapnellkugel an der fazialen Wand der Kieferhöhle entlang gegangen, hatte diese durchschlagen, war dann durch die Gaumenplatte in die Mundhöhle gelangt und ausgespuckt worden. Es bestand untes dem linken äusseren Augenwinkel eine reichlich sezernierende Fistel, durch welche man in 3 cm Tiefe auf rauhen Knochen stiess. Pat. lehnte jeden Eingriff ab und die Verletzung heilte in einigen

Wochen unter Tamponade der Fistel glatt aus. In einem anderen Fall gab der Pat. — ein Offizier — an, dass das Infanteriegeschoss, das links dicht unter dem äusseren Augenwinkel eingedrungen war, in der linken Kieferhöhle steckt; man fand im linken unteren Nasengang eine von Granulationen umgebene Oeffnung, in der Nasenhöhle selbst blutig-eitriges Sekret; die rechte Nasenhöhle war frei. Bei der Eröffnung der linken Kieferhöhle erwies sich diese erfüllt mit Granulationen und Sekret, jedoch die Kugel fand sich nicht in ihr; diese steckte vielmehr in der anderen Kieferhöhle. Sie hatte, ohne dass Pat. es wusste, die ganze Nase quer durchschlagen und war in die andere Kieferhöhle eingedrungen, aus der sie dann entfernt wurde. Obwohl sie wochenlang in der Höhle gesteckt hatte, war fast keine Reaktion in dieser vorhanden.

In einem dritten Fall hatte ein Infanteriegeschoss von der rechten fazialen Kieferwand her die Nase quer durchschlagen und war auf der anderen Seite dicht unter dem linken Augenwinkel herausgekommen; sie hatte also die rechte Kieferhöhle durchbohrt, deren mediale Wand oberhalb der unteren Muschel und dann, schräg nach oben verlaufend, das Septum breit durchschlagend, die linke mittlere Muschel verletzt und war dicht unter dem linken inneren Augenwinkel herausgekommen. Es bestand grosse Perforation des Septums und Synechien in beiden Nasenhöhlen. Röntgenbild zeigte starke Verschleirung der rechten Kieferhöhle; Punktion negativ. Es war also trotz der schweren Verletzung auch hier ohne Kunsthilfe vollständige Heilung eingetreten.

K. hat noch eine grössere Anzahl von Fällen beobachtet, wo trotz der Schwere der Verwundung, trotz der ungünstigen Verhältnisse des Schlachtfeldes, des Transports, der ersten Wundhilfe usw. die gefürchtete Infektion oder Komplikationen nicht eintraten, sondern spontan Heilung eintrat.

Finder hat in allen den Fällen von Schussverletzung der Kieferhöhle, in denen er operiert hat, die Operation nach Caldwell-Luc gemacht und hält es in allen diesen Fällen für geboten, sich nicht mit der Wegnahme der fazialen Wand, Ausräumung der Splitter, Granulationen, Geschossteile usw. zu begnügen, sondern eine Gegenöffnung nach der Nase zu machen.

Claus hält ebenfalls die Operationsmethode nach Caldwell-Luc für diese Fälle für angezeigt.

Lautenschläger hat beobachtet, dass, wenn die Verletzung im oberen Teil der Kieferhöhle, im Gebiet des mittleren Nasengangs bestand, die Kieferhöhle immer chronisch erkrankt war und nicht ausheilte, dass aber, wenn durch eine tiefer liegende Schussverletzung der Nasenboden bzw. die laterale Nasenwand durchschlagen war, die Kieferhöhle meist allein ausheilte. L. stellt einen Parallelfall zu dem Kuttner's vor. Das Projektil war im linken Trigonum caroticum eingedrungen, hatte die Innenfläche des aufsteigenden Kieferastes passiert, war gegen die Hinterfläche der Kieferhöhle vorgedrungen, hatte den oberen Teil der Kieferhöhlenhinterwand eingedrückt, den Recessus frontalis sowie die orbitalen Siebbeinzellen durchschlagen und ist dann am rechten hinteren Augenwinkel zutage getreten. Bei der Eröffnung der Höhle zeigte sie sich in merkwürdiger Weise durch den Einbruch der knöchernen Hinterwand verändert. Es ist dauernde

Heilung eingetreten. L. erklärt die chronische Eiterung bei hoch liegender Verletzung der lateralen Nasenwand dadurch, dass das in der Höhle stagnierende Blut, welches keinen Abschluss hat, infiziert wird.

Halle hat einen Fall gesehen, wo, trotzdem ein Geschoss mindestens sechs Monate in der Kieferhöhle gelegen hatte, so gut wie gar keine Reaktion in der Höhle war; in diesem Falle wurde keine Gegenöffnung nach der Nase angelegt. In einem anderen Falle fand man einen Geschossteil im unteren Nasengang; er war nach der Kieferhöhle zu durchgeschlagen, hatte aber weder in der Nase, noch in der Kieferhöhle irgend welche Erscheinungen gemacht. H. begnügte sich damit, den Fremdkörper zu entfernen; es trat reaktionslose Heilung ein. In allen Fällen, wo Eiter, Granulationen und Polypen in der Höhle sind, ist es nötig, eine Gegenöffnung nach der Nase anzulegen.

Killian hat ebenfalls Fälle gesehen, wo trotz schwerster Verletzung Spontanheilung eintrat; in den eiternden Fällen hat er nach Caldwell-Luc operiert.

Laubschat ordnet die Schussverletzungen der Nebenhöhlen in: I. Steckschüsse, und zwar a) nicht infizierte, bei denen es entweder gar nicht zum Empyem kommt oder erst durch nachträgliche Infektion des durch den Fremdkörperreiz hervorgerufenen Exsudates; b) infizierte Steckschüsse, bei denen das Projektil gleichzeitig Infektionsträger ist, und zwar diese Gruppe wieder in: 1. infizierte Steckschüsse mit offenem Wundkanal nach dem Hauteinschuss; 2. infizierte Steckschüsse mit geschlossenem Wundkanal. II. Durchschüsse: a) nicht infizierte; b) infizierte.

Redner demonstriert an Röntgendiapositiven einige nicht infizierte Steckschüsse und zwei Steckschüsse der Kieferhöhlen, einen Steckschuss der hinteren Siebbeinzellen und des Keilbeins und einen nicht reinen Fall von Keilbeinhöhlensteckschuss, bei dem das Geschoss zum Teil in der Schädelhöhle liegt, also einen Keilbein-Schädelhöhlensteckschuss, sowie einige Durchschüsse.

Was speziell den Keilbein-Schädelhöhlensteckschuss anbelangt, so lag die Verwundung durch Shrapnellkugel über dem linken Auge; es waren vorübergehend meningitische Reizerscheinungen aufgetreten. Die Kugel hatte die linke Stirnhöhle durchschlagen, war dann durch die Orbita gegangen, vor und unter dem Foramen opticum durch die Lamina papyracea des Siebbeins und schliesslich in die Keilbeinhöhle und zum Teil rechts hinten oben hindurch in die Schädelhöhle gelangt. Das Röntgenbild zeigt, dass die Shrapnellkugel nur zum Teil in dem rechten hintersten Teile der Keilbeinhöhle liegt; gut die Hälfte des Geschosses liegt bereits in der Schädelhöhle und zwar in der Gegend über dem For. lac. ant. dext. neben dem Clivus und dem Sulc. carot. an der Stelle, wo aus der Dura hervor der Nerv. abducens tritt, um sich dann durch den Sinus cavernosus zur Fiss. orb. sup. in die Orbita und zum Musc. rectus lateralis zu begeben. Dieser Muskel ist gelähmt und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach durch den Druck der Shrapnellkugel auf den Nerv. Pat. hat keine subjektiven Beschwerden ausser der Abducenslähmung; deshalb hat L. von einer Entfernung des Fremdkörpers, die nicht ohne Gefahr sein würde, abgesehen.

Killian demonstriert I. eine Stirnschusswunde; dieselbe eiterte und bei der Revision der Wunde und nach Entfernung einiger Knochensplitter sah man in der

Tiefe Pulsation. Die Röntgenaufnahme zeigte, dass kein eigentlicher Stirnhöhlenschuss, sondern nur ein Stirnbeinschuss vorlag. K. operierte wie bei der Radikaloperation der Stirnhöhle, nur dass auf die Spangenbildung verzichtet wurde. Es zeigte sich, dass eine Beziehung zum Gehirn vorhanden war und zwar fand sich eine grosse Granulationshöhle mit Knochensplittern erfüllt; es war ein grosser Defekt im Stirnbein, durch diesen war die Dura prolabiert. Intrakranielle Erscheinungen waren nicht vorhanden. Die eigentliche Stirnhöhle war nur sehr klein und sekundär erkrankt. Die Wunde wurde nach einigen Tagen sekundär geschlossen. Einige Tage nach der Operation traten Kopfschmerzen und mässige Temperatursteigerungen auf, was den Verdacht auf meningitische Reizung nahe legte; die Erscheinungen gingen aber zurück und es trat völlige Heilung ein. K. rät in den Fällen, in denen man spät operiert, zu äusserster Vorsicht; es kann passieren, wenn man beim Hautschnitt zu energisch ist, dass man gleich in den Stirnlappen kommt. Es ist empfehlenswert, sich die Stirnlappengegend bis zuletzt aufzusparen und erst ringsumher alles freizulegen, damit die Topographie klar wird.

II. In diesem Fall handelt es sich um einen Stirnhöhlenschuss, der dreimal operiert wurde, bevor er — $1^1/_2$ Jahr nach der Verletzung — in K.'s definitive Behandlung kam, der ihn radikal operierte. Es war eine tiefe Hautnarbe nebst einer Anzahl von Fisteln vorhanden. Es wurde operativ wie im ersten Fall vorgegangen, alles breit freigelegt, der Orbitalrand mitreseziert; allmählich kam man an die Partie, wo offenbar die Haut dünn und mit dem Stirnlappen verwachsen war. Als K. sie ablöste, zeigte sich deutlich, dass ursprünglich die hintere Stirnhöhlenwand, die Dura und der Stirnlappen mitverletzt worden waren. Es wurde vorsichtig alles Kranke entfernt, aller Knochen, der die kranke Dura bedeckte, reseziert, die Reste der Stirnhöhle nach den Regeln der Kunst beseitigt. Da vorher Erscheinungen vorhanden waren, die auf Gehirnabszess hinwiesen, so wurde im Stirnlappen nach Eiter gesucht, aber keiner gefunden. Trotzdem gingen alle Erscheinungen zurück und Pat. ist wieder ganz normal. Von dem Stirnlappenprolaps, der jetzt vorhanden ist, gehen Granulationen aus und es ist zu erwarten, dass bald Ueberhäutung eintreten wird.

Claus hat fünf Stirnhöhlenabszesse beobachtet, von denen drei geheilt sind. In einem Fall, der einen Schuss durch beide Schläfen erhalten hatte, traten längere Zeit nach der Verletzung, als es dem Pat. schon gut ging und er bereits ins Theater ging, meningitische Erscheinungen auf. C. nahm nach der Röntgenaufnahme eine Verletzung der Stirnhöhle an und operierte; es zeigte sich, dass die Kugel die Hinterwand der linken Stirnhöhle fortgerissen und die Dura verletzt hatte, so dass Hirnbrei aus der Wunde hervorquoll. Zu gleicher Zeit zeigte sich, dass die Stirnhöhle infolge einer akuten Rhinitis entzündet, die Infektion also auf nasalem Wege sekundär erfolgt war. Nach acht Tagen war Pat. vollkommen fieber- und beschwerdefrei. Zwei von den erwähnten Abszessen sind zugrunde gegangen.

C. hält für das Wichtigste die Prophylaxe, d. h. die möglichst frühzeitige breite Freilegung des Schussgebietes.

Ritter hat einen Fall in Behandlung bekommen, wo nach ausgedehnter Zertrümmerung des Stirnbeins eine Knochentransplantation gemacht worden war, um die freiliegende Dura des Stirnlappens zu schützen; auch die Stirnhöhle war

bei der Verletzung eröffnet und bei einer der vorausgegangenen Operationen anscheinend teilweise ausgeräumt worden. Als der Pat. zu Ritter kam, bestand eine eiternde Fistel, die in die Stirnhöhle führte; die Stirnhöhle wurde freigelegt und das transplantierte Knochenstück, das kariös geworden war, musste entfernt werden. Bei der Ausräumung der Stirnhöhle, bei welcher durch zahlreiche Schwarten die Orientierung sehr erschwert war, wurde die Dura an einer Stelle verletzt, aber ohne dass Folgeerscheinungen eintraten. Die Heilung verzögerte sich dadurch, dass, wie sich später herausstellte, ein Fall von Doppelbildung der Stirnhöhle vorlag. Nachdem auch die zweite Höhle ausgeräumt war, ist der Heilungsverlauf gut.

In einem Fall von Querschuss durch die Nasenwurzel wurde auf der einen Seite der Tränensack mitverletzt, so dass eine Art West'scher Operation entstand. Es war das Septum oben durchschlagen und die Gegend der Stirnhöhlenostien verletzt; es hatte sich eine aufsteigende Entzündung beider Stirnhöhlen entwickelt, die durch Radikaloperation geheilt wurde.

Finder teilt einen Fall mit, der zeigt, wie unter Umständen eine Schussverletzung bei schon bestehender chronischer Stirnhöhleneiterung wirken kann. Es handelte sich um einen Mann, dem F. vor $3^1/_2$ Jahren wegen linksseitigem Stirnhöhlenempyem das vordere Ende der mittleren Muschel reseziert hatte und der seitdem fast beschwerdefrei war. Von Zeit zu Zeit trat im Anschluss an eine Erkältung stärkere Sekretion auf; es genügte dann jedesmal, die Stirnhöhle ein paarmal auszuspülen, um die Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Als F. jetzt den Pat. wiedersah, hatte er vor einigen Monaten einen Schuss erhalten, der auf der linken — kranken — Seite die Nase in Höhe des mittleren Nasengangs durchschlagen hatte und auf der rechten Seite wieder herausgetreten war. Es war links zu einer Verwachsung zwischen dem nach dieser Seite verbogenen Septum und der lateralen Nasenwand gekommen, infolgedessen hatte der Eiter aus der kranken linken Stirnhöhle keinen Abfluss mehr und Pat. klagte über exzessive Kopfschmerzen. F. machte die Passage frei, indem er das Septum submukös resezierte, die Verwachsungen trennte und den Rest der linken mittleren Muschel entfernte. Es entleerte sich ein paar Tage lang reichlich Eiter. Pat. ist wieder von seinen Beschwerden befreit.

Lautenschläger stellt einen Fall vor von Querschuss durch beide Oberkieferhöhlen mit Absprengung beider Processus alveolares und eines ziemlich grossen keilförmigen Stückes des unteren Randes der Apertura pyriformis. Es besteht Pseudarthrosenbildung an beiden Processus alveolares.

Gutzmann.

III. Briefkasten.

Dr. Parmentier (Brüssel) hat uns gebeten, seinen Namen aus der Liste der Mitarbeiter zu streichen; wir erfüllen diesen Wunsch, indem wir Dr. Parmentier für die dem Centralblatt geleisteten Dienste unseren Dank aussprechen. F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. **Mai 1916.** **No. 5.**

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Mai. 1916. No. 5.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Max Hesse** (Graz). **Positiver Ausfall der Wassermann'schen Reaktion bei Pemphigus.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1915.*

Bei elf verschiedenen Formen von Pemphigus in allen Lebensaltern war die Wassermann'sche Probe 9mal positiv. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt H. annehmen zu müssen, dass der positive Wassermann für Pemphigus charakteristisch sei.

HANSZEL.

2) **Ingeborg Jacobsen** und **Adolph H. Meyer** (Kopenhagen). **Untersuchungen über den Keuchhustenbazillus (Bordet-Gengou'schen Bazillus).** *Archiv für Kinderheilk. Bd. 64. H. 5 u. 6.*

Ausgedehnte Untersuchungen führen die Verff. zu folgenden Schlüssen: Komplementbindung eines Menschenserums mit dem Bordet-Gengou'schen Bazillus als Antigen macht es überaus wahrscheinlich, dass das betreffende Individuum den Keuchhusten hat oder kürzlich hatte. Das Ausbleiben der Reaktion ist dagegen kein sicheres Zeichen dafür, dass das Individuum die Krankheit nicht hat oder kürzlich hatte, indem die Komplementbindung erst etwa in der 3. oder 4. Krankheitswoche einzutreten scheint und nach Verlauf weniger Monate schwinden kann, in einzelnen Fällen noch schneller, in seltenen Fällen sogar ganz auszubleiben scheint. Im grossen und ganzen haben die Untersuchungen die Entdeckungen Bordet's und Gengou's bestätigt, und diese Autoren haben den von ihnen im Jahre 1906 beschriebenen Bazillus mit Recht als den Keuchhustenbazillus bezeichnet.

FINDER.

3) **O. Muck.** **Ueber den Naevus vascularis der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 257.*

Ein Fall von hochrotem Naevus des Zungengrundes, der rechten Pharynxhälfte und der Epiglottis bei einem mit einem grossen Feuermal der rechten Halsseite behafteten Patienten.

KOTZ.

4) **Charles P. Grayson** (Philadelphia, Pa.). **Syphilis der Nase und des Halses. (Syphilis of the nose and throat.)** *Pennsylvania med. journ. November 1915.*

Trotz Wassermann und Noguchi, trotz Salvarsan und Arsenobenzol sind die Irrtümer in der Diagnose noch recht häufig. Die klinische Erfahrung ist immer noch von grossem Werte. Jeder Luetiker sollte sofort nach Stellung der Diagnose auf die oberen Luftwege und die Zähne untersucht, und beides in gesundem Zustande erhalten werden.

In schwierigen Fällen mag wohl die serologische Untersuchung von weittragender Bedeutung sein, aber niemals sollte man sich ganz auf die Ergebnisse derselben verlassen.

Von den Initialläsionen im Munde und Halse sind 8—10 pCt. der Schanker extragenital erworben, und von diesen wiederum 75 pCt. im Munde. Perverse sexuelle Instinkte sind in den Vereinigten Staaten verhältnismässig selten, so dass man bei verdächtigen Läsionen an den Lippen, Tonsillen, der Zunge usw. an alles andere eher denkt als an Syphilis.

Bei der mikroskopischen Untersuchung hüte man sich vor Verwechselungen zwischen der Spirochaeta der Syphilis und der von Vincent's Angina. Je früher Salvarsan und Arsenobenzol gegeben werden, desto schneller kann man auf eine Kur rechnen, und darum ist eine frühzeitige Diagnose von der grössten Wichtigkeit. Bei der sekundären Affektion ist häufig die Differentialdiagnose zwischen Plaques muqueuses und Traumen der buccalen Schleimhaut schwierig.

FREUDENTHAL.

5) **Arthur Mayer. Ueber die Beziehungen der atypischen Gicht zu Erkrankungen der Respirationsorgane.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. S. 1518. 1914.*

Nachdem bekannt war, dass zwischen dem Asthma bronchiale und der typischen Gicht enge Beziehungen bestehen, hat Verf. Untersuchungen angestellt, ob derartige Beziehungen auch zwischen atypischer Gicht und Asthma sich finden lassen. Für Diagnose atypischer Gicht, die sich nur in der Harnsäuretention dokumentiert, ist Nachweis gestörten Purinstoffwechsels entscheidend. Bei 40 untersuchten Patienten mit chronischer Bronchitis und Asthma, die nie einen Gichtanfall gehabt hatten, waren 9 mit charakteristischer Störung im Purinstoffwechsel. Affektion der Respirationsorgane bestand aus chronischer trockener Bronchitis mit leichter exspiratorischer Dyspnoe. Anfallartige Exazerbationen liessen sich bei mehreren Patienten durch dieselben Schädlichkeiten auslösen, die als Veranlassung eines typischen Gichtanfalles bekannt sind (Alkohol und Nukleine). Ferner bespricht Verf. die Beziehungen zwischen atypischer Gicht und Tuberkulose. Unter 27 Tuberkulösen, die fieberfrei waren, ohne grössere Einschmelzungsherde und nie Gichtanfälle gehabt hatten, befanden sich 8 mit gestörtem Purinstoffwechsel. Die Gicht wird in ihrem Verlauf durch Kombination mit Tuberkulose fast immer atypisch, andrerseits wird Tuberkulose durch hinzutretende Gicht sehr günstig beeinflusst (fibröse Schrumpfungen). Manche Lungenblutungen bilden das Aequivalent eines Anfalles bei einer im übrigen latenten Gicht.

R. HOFFMANN.

6) **A. Onodi. Rhinolaryngologische Fälle vom Kriegsschauplatz.** *Archiv für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilhk., sowie die angrenz. Geb. Bd. 98. H. 4. S. 244.*

1. Gesichts- und Schulterschuss, Stirnläsion, einseitige Chorioretinitis, einseitige partielle Okulomotoriusparalyse, Anästhesie der Nasenhöhle, Anosmie, Geruchshalluzination, Ageusie, einseitige Taubheit. Die Erklärung für die vielseitigen Erscheinungen ist in einer Commotio cerebri zu suchen.

2. Ictus laryngis. Das Auftreten dieses noch ungeklärten Krankheitsbildes mag hier durch neuropathische Disposition des Pat., wozu noch die Aufregungen des Krieges kamen, bedingt gewesen sein.

3. Halsschuss, Läsion der Luftröhre, Kontraktur der Verengerer der Stimmritze. Verf. neigt dazu, für die Kehlkopferscheinungen, welche durch Alkoholinjektionen in den N. laryngeus sup. gebessert wurden, „Fernwirkung" anzunehmen.

4. Hysterische Aphonie. Hysterische Stummheit.

5. Hysterische paradoxe Bewegungen der Stimmbänder. Im Anschluss an einen Fall erörtert Verf. die funktionellen Koordinationsstörungen der Kehlkopfnerven.

6. Gesichts- und Halsschuss, Lähmung des Glossopharyngeus, des Vagus und des Hypoglossus. Auch hier erwägt Verf. wie unter 3 die Annahme der „Fernwirkung".

7. Halsschuss. Fixation des linken Stimmbandes. Anchylose des Cricoarytänoidgelenkes. Die Anchylose ist durch Splitter bedingt, welche im Röntgenbild sichtbar sind.

8. Haematoma laryngis, verursacht durch den Luftdruck einer Granate.

9. Eiterungen der Nasennebenhöhlen. Die Fälle bieten keine neuen Gesichtspunkte.

10. Gesichtsschuss, eröffnete, eitrige, vordere Siebbeinzellen, Mandibularbruch, peripharyngealer Abszess, Gehirnabszesse und Meningitis. Es handelt sich um Abszesse sowohl des Frontal- wie des Temporallappens, die von einer in vivo nicht feststellbaren Verletzung der Schädelbasis ausgingen.

KOTZ.

7) **Forchheimer** (Würzburg). **Geruchs- und Geschmacksempfindungen nach intravenösen Injektionen von Salvarsan.** *Derm. Centralbl. März 1916.*

Bei jeder richtig ausgeführten intravenösen Injektion einer konzentrierten Lösung von Neosalvarsan oder Salvarsan-Natrium haben die Patienten spezifische Geruchs- und Geschmacksempfindungen, die auf Bestandteile des Salvarsans zurückzuführen sind. Die Empfindungen treten nur auf, wenn die Injektionsnadel richtig in der Vene liegt; daher lässt sich mit ihrer Hilfe die technisch einwandfreie Durchführung einer intravenösen Injektion kontrollieren.

SEIFERT.

8) **Heinrich Simmenroth. Beitrag zur Kasuistik der angeborenen Halskiemenfisteln.** *Inaug.-Dissert. München 1914.*

Verf. gibt zunächst eine tabellarische Uebersicht, in welcher besonders die

deutsche und französische Literatur von 1890—1913 berücksichtigt ist; sie beginnt also mit dem Schlussjahr der grossen Tabelle von Kostanecki und Milecki. Die Tabelle umfasst 66 Fälle von Cysten und 89 Fälle von Fisteln. An der Hand dieser Tabellen werden folgende Fragen behandelt: Auftreten in bezug auf das Alter des Patienten, Art der Operation, Inhalt der Cysten und Fistelgänge, angeborene und zufällige Komplikationen, Verteilung der Anomalien auf Seiten und Mitte des Halses, sowie auf die beiden Geschlechter, Lage der Cysten, Lage der äusseren und inneren Fistelöffnung, Richtung des Fistelganges, Beschaffenheit der Cystenwand, Lage von Epithelarten, Muskelfasern, Drüsen usw. an bestimmten Abschnitten des Fistelkanals. Zum Schluss bringt Verf. drei selbst beobachtete Fälle, zwei von seitlicher, einen von medialer Halsfistel.

FINDER.

9) **S. L. Bowschower. Die Erfahrungen mit der Kuhn'schen Narkose unter peroraler Tubage bei rhino-laryngologischen Operationen.** *Inaug.-Dissert. Königsberg 1914.*

Verf. führt die Technik, die Indikation und die Vorzüge der peroralen Tubage an; er führt kurz 50 in der Gerber'schen Klinik auf diese Weise operierte Fälle an (zumeist Kieferhöhlen- und Stirnhöhlenoperationen, ferner Operation eines Nasenrachentumors). Es ergab sich, dass zunächst die Menge des verbrauchten Narkotikums enorm klein war, im Durchschnitt bei einer Dauer von einer Stunde für Chloroform kaum 25 g und für Billrothmischung kaum 45 g; die Narkose verlief in allen Fällen glatt, von seiten des Kehlkopfs und der Lungen erfolgte keine Reaktion.

FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **J. D. Pilcher** (Omaha, Neb.). **Die Absorption von Medikamenten durch die Submucosa der Nase bei Hunden. (The absorption of drugs from the nasal submucosa of dogs.)** *Journ. amer. med. assoc. 17. Juli 1915.*

Unter Morphin-Aether-Anästhesie injizierte Verf. verschiedene Substanzen und fand, dass die Oberfläche der Muscheln und des Septums sehr gute absorbierende Eigenschaften besitzen infolge der reichen Versorgung mit Blut- und Lymphgefässen. Er warnt aber zugleich vor möglichen Gefahren, besonders könnte das Epinephrin so angewendet eine grosse Gefahr bedeuten. (Auf diese Tatsache hat Ref. bereits vor mehreren Jahren in diesem Centralblatt hingewiesen durch den Bericht mehrerer Todesfälle.) Trotzdem aber, meint Verf., könnten Stimulantien, besonders Epinephrin (!), so gebraucht werden.

FREUDENTHAL.

11) **Tittel** (Dresden). **Absprengungsmissbildung der Nase.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 28. S. 1340. 1914.*

Rüsselförmiger Anhang am rechten inneren Augenwinkel, der als missgebildete rechte Nasenhälfte gedeutet werden muss.

R. HOFFMANN.

12) **Haenisch. Angeborene wulstige Anhänge an der Nasenscheidewand.** *Med. Gesellschaft zu Kiel, 26. Februar 1916.*

Die wulstigen Anhänge nehmen vom Nasenseptum rechts ihren Ausgang, sind etwa 1 cm lang und 0,5 cm breit und von weicher Konsistenz. Sie ähneln

den bekannten Aurikularanhängen, sind jedoch nach dem Verf. in der Nase noch nicht oder nur vereinzelt beobachtet worden. Histologische Untersuchung steht noch aus.

R. HOFFMANN.

13) **Max Koch** (Berlin). **Eigentümliche Gesichtsmissbildung durch Auftreibung der mittleren Nasenmuscheln.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31. S. 1477. 1914.*

Zwei Fälle von symmetrischer blasiger Auftreibung der mittleren Nasenmuscheln, die in dem einen die Grösse ungefähr einer Walnuss, in dem anderen die eines Gänseeis erreichte. In beiden Fällen Verbreiterung der Nasenwurzel und der mittleren Gesichtspartie. Bezüglich weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

R. HOFFMANN.

14) **Irving W. Voorhees** (New York). **Ein wertvolles Zeichen zur Diagnose der latenten Syphilis. (A helpful sign in diagnosing latent syphilis.)** *New York med. journ. 4. September 1915.*

Bei der submukösen Operation des Septums empfand Verf. wiederholt Schwierigkeiten bei der Ablösung der Schleimhaut im Beginne der Operation, und bei mehreren dieser Patienten konnte er dann latente Syphilis konstatieren. Er empfiehlt daher, den Wassermann vornehmen zu lassen, besonders wenn der entfernte Knochen irgendwie zweifelhaft erscheint.

FREUDENTHAL.

15) **Lewis Fisher. Ein Tausend submuköse Septumresektionen. (One thousend submucous resections of the nasal septum.)** *New York med. journ. 22. Mai 1915.*

Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrung gelangt und in denen er die Indikationen und Kontraindikationen der Operation erörtert, sei unter anderem hervorgehoben, dass er sie für absolut kontraindiziert hält in allen Fällen, wo Anzeichen von Atrophie vorhanden sind, und dass sie seines Erachtens bei Kindern nur im äussersten Notfall gemacht werden sollte. Persistente Blutung nach Entfernung der Tamponade betrachtet Verf. gewöhnlich als ein Zeichen von Infektion, und er empfiehlt, die Fälle dementsprechend zu behandeln. Widerspruch dürfte die Behauptung erwecken, dass die Septumresektion eine „Sprechstundenoperation“ ist, und dass sie ohne besondere Vorbereitung des Patienten vorgenommen werden kann.

EMIL MAYER.

16) **O. Tydings. Neue submuköse Septumoperation. (New submucous septal operation.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Das Wesentliche der Operation besteht darin, dass nach Ablösung von Schleimhaut und Perichondrium die verbogene Scheidewand gerade gerichtet und in ihrer Lage durch eine Schiene festgehalten wird.

EMIL MAYER.

17) **William Wesley Carter. Zwei Fälle von eingesunkener Nase nach submuköser Septumresektion. (Two cases of depressed nasal deformity resulting from the submucous operation.)** *New York med. record. 15. Mai 1915.*

Untersuchung der Patienten zeigt, dass der obere Rand des Septums, da wo

er zwischen den beiden seitlichen Knorpeln eingebettet liegen sollte, entweder disloziert oder aus dieser Lage gebracht war. Verf. führt dies darauf zurück, dass bei der Operation zur Entfernung des Septums eine Zange gebraucht wurde, mit der gleichzeitig eine Zugwirkung ausgeübt wurde; dies kann vermieden werden, wenn man sich nur eines Instruments bedient, das abkneift oder stanzt.

EMIL MAYER.

18) **W. J. Abbott. Behandlung des Abszesses der Nasenscheidewand. (Treatment of abscess of the nasal septum.)** *Cleveland journ. Bd. 13. No. 3.*

Verf. entleert den Eiter durch Aspiration und spült die Höhle mittels Lösungen von Borsäure, $^1/_4$—$^1/_2$ proz. Karbolsäure oder Hg-Cyanid aus. Tamponade ist nicht nötig.

EMIL MAYER.

19) **G. Genersich** (Kolozsvar, Ungarn). **Destruktion der Nasenscheidewand infolge von Heredolues bei einem 20 Monate alten Kinde.** Sitzungsbericht. *Orvosi hetilap. No. 15. 1915.*

Klinische Beschreibung des Falles.

POLYAK.

20) **Guisez** und **Oudot. Die Entzündungen der Gesichtshöhlen infolge von Schussverletzungen. (Les sinusites de la face par projectiles de guerre.)** *La Presse médicale. 23. März 1916.*

Die Beobachtungen stützen sich auf 48 Fälle.

Diese 48 Fälle — 34 Kieferhöhleneiterungen, 8 Stirnhöhlen-Siebbeineiterungen, 1 doppelseitige Stirnhöhlen- und eine isolierte Siebbeinerkrankung — kommen auf eine Gesamtzahl von 1080 Kriegsverletzten und von 6800 neuen Krankheitsfällen, die in dem Speziallazarett der Verf. zur Beobachtung gelangten; 30 Fälle waren durch Infanteriegeschoss, 18 durch Granatsplitter verursacht. Während bei den Stirnhöhlenverletzungen das Geschoss fast stets direkt die Höhlenwand getroffen resp. durchschlagen hatte, war dies unter den 34 traumatischen Kieferhöhlenerkrankungen nur 18 mal der Fall, in allen anderen Fällen war das Geschoss an einer vom Sinus entfernten Stelle eingedrungen. Der Gang des Geschosses war oft ein sehr komplizierter; so war es in einem Fall in der rechten Halsseite in den rechten Schildknorpelflügel eingedrungen, hatte den rechten Unterkiefer durchschlagen und war durch das Gaumengewölbe in die linke Kieferhöhle gelangt, wo es zu einer Sinusitis mit Fistelbildung und Karies der vorderen Wand geführt hatte.

Verf. stellt die Regel auf, dass wenn ein Geschoss beim Durchgang durch den Gesichtsschädel beide Kieferhöhlen verletzt, fast stets diejenige, welche dem Ausschuss näher liegt, mehr erkrankt. Die Anwesenheit des Geschosses in der Höhle ist durchaus nicht notwendig, damit sich eine Sinusitis entwickelt; unter den 48 Fällen war der Fremdkörper nur 10 mal in der Höhle vorhanden. In einigen Fällen blieb das Geschoss in der Nähe der Höhle stecken, nachdem es diese verletzt und zur Erkrankung gebracht hatte. Zur Hervorbringung der Sinusitis ist es nicht nötig, dass das Geschoss in die Höhle eindringt; so entstand einmal eitrige Ethmoiditis nach heftiger Kontusion durch Granatexplosion, zweimal Kieferhöhlen-

eiterung dadurch, dass das Geschoss von dem Oberkieferknochen rikochetierte. Umgekehrt, wenn auch selten, kann das Geschoss durch die Höhle hindurchgehen, ohne dass eine Sinusitis entsteht. Die Knochenzerstörungen waren in den Fällen von traumatischem Kieferempyem, die zur Operation kamen, stets sehr ausgedehnt; 7 mal war Fistelbildung nach der Wange vorhanden; bei den Stirnhöhlenfällen war niemals Fistelbildung beobachtet. In einem Fall von rechtsseitiger Stirnhöhleneiterung entstand Osteomyelitis und Hirnabszess, in einem anderen Fall hatte sich in der Kieferhöhle ein Aneurysma arterio-venosum der Carotis interna und des Sinus cavernosus durch das zertrümmerte Sieb- und Keilbein hindurch gebildet. Die Blutung konnte erst durch Unterbindung der Carotis interna und externa und lange Tamponade der Höhle gestillt werden. Für die Operation der Kieferhöhle benutzt Verf. die Caldwell-Luc'sche; die Killian'sche Methode der Stirnhöhlenoperation verwirft Verf. als „irrationell und gefährlich". Er beschreibt dann die von ihm geübte Methode, die sich von der Killian'schen im wesentlichen dadurch unterscheidet, dass er von der Bildung einer Spange absieht, den Boden der Höhle nicht fortnimmt und die Stirnwunde nur teilweise oder gar nicht näht.

FINDER.

21) **Uffenorde. Bericht über Kopfschüsse.** *Medizinische Gesellschaft zu Göttingen, 17. Februar 1916.*

Der Gesichtsschädel war 63mal, der Hirnschädel 138mal betroffen. Bei Steckschüssen im Bereich der Nebenhöhlen wird die operative Entfernung des Geschosses auf jeden Fall empfohlen wegen der Gefahr der Sekundärinfektion.

R. HOFFMANN.

22) **Gerber. Meningitis nach larvierter Nebenhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 150.*

Mitteilung eines Falles, in dem nach akuter schwerer Pneumokokkeninfektion es zu einer Eiterung in den Nebenhöhlen und im Mittelohr kam. Die Erscheinungen von seiten der ersteren traten ganz hinter denen von seiten des Ohrs zurück. Es setzte eine foudroyant verlaufende Meningitis ein, die, wie die Sektion ergab, vom Siebbein ausging, und zwar war die Infektion direkt durch die Lamina cribrosa erfolgt.

FINDER.

23) **Lewis A. Coffin. Eine neue Behandlungsmethode der Nebenhöhlenerkrankungen ohne Operation. (A new non-operative treatment of disease of the accessory sinuses of the nose.)** *New York med. record. 3. April 1915.*

Die Behandlung besteht in Anwendung eines Apparates, mit dem abwechselnd positiver und negativer Druck erzeugt wird. Mittels des negativen Druckes wird Eiter aus der Höhle gesaugt, mittels des positiven wird Luft, die mit irgendwelchen Medikamenten beladen ist, in die Höhle getrieben.

EMIL MAYER.

24) **B. Freystadtl. Der Weber'sche Stimmgabelversuch bei Nebenhöhlenempyemen der Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 28.*

Verf. hat an über 100 Fällen das von Glas angegebene Symptom der Lateralisation einer auf die Nasenwurzel aufgesetzten Stimmgabel nach der Seite der

erkrankten Nebenhöhle nachgeprüft und sich von seiner Brauchbarkeit überzeugt. Er weist darauf hin, dass bei bestehenden Ohrveränderungen der Zustand der Gehörorgane und nicht eine etwa bestehende Nebenhöhlenaffektion für das Ergebnis des Weber'schen Versuches ausschlaggebend ist. KOTZ.

25) **Th. Hug. Ein Fall von Pansinuitis gangraenosa (scarlatinosa?).** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 31.*

Bericht über einen Fall von foudroyanter, möglicherweise auf eine Scharlachinfektion zurückzuführender Pansinusitis mit zerebralen Erscheinungen und Augenkomplikationen. Operation. Heilung. KOTZ.

26) **Levinger. Zur Operation von Hypophysentumoren und zur Freilegung des Sinus cavernosus.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 332.*

Verf. gibt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen chirurgischen (mit Aufklappung der Nase und perorale), sowie rhinologischen (endonasalen und paranasalen) Operationsmethoden; er meint, dass eine gefahrlose Freilegung der Sella turcica auf dem Wege durch die Keilbeinhöhle in breiterer Ausdehnung nur möglich ist, wenn der Sinus cavernosus ähnlich wie bei otitischen Erkrankungen der Sinus sigmoideus und transversus in grosser Ausdehnung ohne Wandverletzung völlig sicher blossgelegt werden kann. Da es sich bei den Hypophysentumoren meist um ein ganz oder fast ganz erblindetes Auge handelt, so empfiehlt er auf Grund von Leichenversuchen den einen Bulbus zu opfern, die Orbita auszuräumen und die Lamina papyracea und die allenfalls sonst noch bei der endonasalen Voroperation stehen gebliebenen Teile des Siebbeins zu resezieren. Man kann dann nach vorheriger endonasaler medialer Freilegung der Hypophyse, wobei die Kapsel der Drüse zunächst unverletzt bleibt, bei reflektiertem Licht von der deutlich sichtbaren Trepanationsöffnung der Sella turcica ausgehend, mit schmalen geraden Meisseln und mit einer besonders für diesen Zweck modifizierten Keilbeinstanze gegen den Optikusstumpf zu arbeitend, die Hypophyse, sowie den Sinus cavernosus, soweit er medial die Carotis umschliesst, als auch lateral von ihr, in grosser Ausdehnung durch Wegnahme des ganzen Bodens der Sella und der seitlichen Wand der Keilbeinhöhle freilegen. FINDER.

27) **Otto J. Stein** (Chicago). **Bericht über einen Fall von endonasaler Hypophysisoperation. (Report of a case of hypophyseal growth operated through the nose and sphenoid.)** *The Laryngoscope. März 1915.*

Es handelte sich um eine 35jährige Frau, die mit Erfolg wegen eines Hypophysistumors durch die Keilbeinhöhle operiert wurde. Verf. rühmt die Vorzüge dieser Methode. EMIL MAYER.

28) **Blumenthal. Anatomische Beiträge zur endonasalen Hypophysisoperation.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 123.*

Verf. zeigt an mehreren Bildern die zum Teil beträchtlichen anatomischen Differenzen, die sich in der Lagebeziehung zwischen Keilbein und Hypophysis finden. Er weist darauf hin, „wie wichtig es ist, dass man sich möglichst vor der

Operation mit Hilfe der Sondierung und der Verwertung der Sonden für das Röntgenbild Klarheit über die Topographie verschafft. Nur so sollte man an die Operation herangehen, damit man keine Ueberraschungen und Enttäuschungen erlebt".

KOTZ.

29) **Fein** (Wien). **Ueber einen Fall von chronisch entzündlicher Geschwulst im Nasenrachen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 48. S. 481. 1914.*

Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung, Wien 1913. Ref. in dieser Zeitschrift. 1914. Bd. 30. S. 31.

OPPIKOFER.

30) **Lever. Nasenrachenpolyp. (Nasopharyngeal polypus.)** *Colorado medicine. März 1915.*

Bericht über operierte Fälle in den Jahren 1904, 1912 und 1914. Bei radikaler Operation konnte mittels Nasopharyngoskop bestimmt werden, dass der Tumor von der Gegend des Ostium maxillare entsprang; weitere histologische Untersuchung bestätigte dies.

HORNE.

31) **Felix Höninger. Kasuistische Mitteilung über einen Fall von Luftembolie im Anschluss an die Operation eines weichen Fibroms des Nasenrachenraums.** *Inaug.-Dissert. München 1915.*

Es handelte sich um einen 16jährigen jungen Mann. Die Geschwulst war bereits verschiedentlich mit Radium behandelt worden, auch waren Stücke von ihr mittels der Glühschlinge von der Nase aus entfernt worden. Da der Tumor weiter wächst, und Pat. durch häufige Blutungen geschwächt scheint, so wird zur Operation nach Denker geschritten; es gelang, den Tumor völlig zu entfernen. Als Pat. nach Vollendung der Operation auf die Bahre gelegt wird, setzt die Atmung aus. Trotz künstlicher Atmung, Tracheotomie und Sauerstoffzufuhr Exitus. Sektion ergibt schwere Luftembolie, grosse Mengen Luft in den Halsvenen, vor allem im rechten Herzen, selbst durch die Lungengefässe hindurch war Luft bis in den linken Vorhof übergetreten.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

32) **A. Rossi-Marcelli. Diagnostische Schwierigkeiten in einem Fall von Osteo-Periostitis gummosa des harten Gaumens; enorme Sequesterbildung. (Difficoltà diagnostica in un caso di osteoperiostite gommosa del palato duro; enorme sequestro).** *Annal. ital. di laring. No. 1. 1916.*

Der Fall bietet besonderes Interesse sowohl wegen der diagnostischen Schwierigkeiten, die er bereitete, wie wegen der Ausgedehnheit der Erkrankung, wie auch wegen der aussergewöhnlichen Grösse des Sequesters, der einen guten Teil des Oberkiefers darstellte.

CALAMIDA.

33) **F. B. Bowman** (Toronto). **Stomatitis und Gingivitis ulcero-membranacea bei aktiven Soldaten. (Ulcero-membranous stomatitis and gingivitis among troops on active service.)** *Brit. med. journ. 11. März 1916.*

Die Beobachtungen wurden an über 100 Fällen gemacht. Verf. fand in zahl-

reichen Fällen von Pyorrhoea alveolaris im Ausstrich des Eiters die Vincent'schen Organismen entweder allein oder mit der von den amerikanischen Autoren beschriebenen Amöbe; ferner beobachtete er die als Stomatitis und Tonsillitis ulceromembranacea (Angina Vincenti) bekannte Krankheitsform, und schliesslich hat er auch bei Noma die Vincent'schen Mikroorganismen in Masse gefunden. Die Vincent'sche Krankheit ist nach den Beobachtungen des Verf.'s übertragbar: Ein Zahnarzt behandelte eine schwere Gingivitis bei Pyorrhoe; drei Mann, die er am selben Tage behandelte, erkrankten und zeigten im Ausstrich die Vincent'schen Mikroorganismen. In einem Bataillon fanden sich nicht weniger als 50 Fälle.

Verf. hat die fusiformen Bazillen auf Aszitesflüssigkeit unter anaeroben Bedingungen züchten können.

Bei Pyorrhoea alveolaris führt oft lokale Anwendung von Emetin zur Heilung. Bei der Stomatitis ulcero-membranacea und Angina Vincenti ist Salvarsan wirksam; seine Anwendung verbiete sich aber bei den Truppen wegen der Kosten und der Unbeständigkeit der Lösungen. Verf. hat eine Mixtur gebraucht, bestehend aus Vinum Ipecac., Glyzerin und Liq. arsenicalis, mit der er gurgeln lässt, und die er auf die erkrankten Stellen appliziert oder einige Tropfen auf die Zahnbürste geträufelt zum Bürsten des Zahnfleisches benutzen lässt.

FINDER.

34) **Joseph D. Lewis. Streptokokkenpharyngitis. (Streptococcal pharyngitis.)** *The journal Lancet. Januar 1916.*

Nach Schottmüller gibt es die folgenden Streptokokkenarten: Streptococcus viridans, S. haemolyticus, S. mucosus. Streptokokken und Pneumokokken sind Dauerbewohner des gesunden Schlundes. Der S. viridans hat meistens geringe Giftigkeit, bewohnt hauptsächlich die Oberfläche der Pharynxschleimhaut und ist die Hauptursache der milden, nicht eiternden katarrhalischen Entzündungen. Bei den tieferen pharyngealen Entzündungen, wie Angina scarlatinosa, Scarlatina membranosa, Peritonsillarabszess oder anderen Abszessen des Pharynx, wie z. B. Angina Ludovici, ist der Streptococcus haemolyticus zu finden. Die grosse Aehnlichkeit im Aussehen verschiedenartiger Prozesse, wie Angina syphilitica, Diphtherie, Tonsillitis scarlatinosa, Herpes und Pemphigus machen die mikroskopische Diagnose zur Notwendigkeit.

FREUDENTHAL.

35) **Ralph A. Mellon. Die frühzeitige Diagnose von Streptokokkenanginen und die therapeutische Wirkung von Vakzinebehandlung bei denselben. (The early diagnosis of streptococcic sore throat and the effect of vaccines in its treatment.)** *New York med. record. 15. Mai 1915.*

Die frühzeitige Untersuchung bei akuten Anginen mittels Kulturverfahrens ist geboten, bevor noch die Infektionserreger durch andere Mikroorganismen überwuchert sind; bei chronischen Fällen ist diese Art der Untersuchung wertlos. Es können Streptokokken in der Mundrachenhöhle, z. B. an den Zahnwurzeln und in den Tonsillen vorhanden sein, ohne dass klinische Erscheinungen vorhanden sind, das betreffende Individuum ist dann Streptokokkenträger. Die Beziehungen der hämolytischen Kokken zur Arthritis, des Bacillus viridans und des Pneumokokkus zur Endokarditis macht es notwendig, Blutagar zur Untersuchung zu verwenden,

da wir auf diese Weise schnell unterrichtet werden, mit welchem besonderen Glied der Gruppe wir es zu tun haben. Die akuten Fälle von Streptokokkenangina reagieren sehr schnell und bestimmt auf Anwendung einer Vakzine von bestimmter Stärke. Bei ihrer Anwendung hat Verf. niemals eine der zahlreichen Komplikationen entstehen sehen, die sonst häufig auftreten. OTTO FREER.

36) **James Joseph King. Vorläufiger Bericht über die Infektionen des Halses mit Diplococcus Connellan-King. (Preliminary report on the Connellan-King diplococcus infections of the throat.)** *The Laryngoscope. April 1915.*

Verf. hat 6 Fälle einer eigentümlichen Angina beobachtet, bei denen er aus der Tiefe der Tonsillarlakunen einen Diplokokkus isolieren konnte, der in Ermangelung einer besseren Bezeichnung Diplococcus Connellan-King genannt wurde. Zwei von den Patienten hatten eine schwere Nephritis, zwei andere eine so schwere Arthritis, dass sie 12 resp. 14 Wochen ans Bett gefesselt waren. Alle Fälle, mit Ausnahme von zwei, wurden mittels einer autogenen Vakzine behandelt, und zwar mit ausgezeichnetem Erfolg; in einigen Fällen verschwanden auch ernste Komplikationen nach Anwendung der Vakzine, während die Fälle, in denen es erst einige Monate nach Ausbruch der Halserscheinungen gelang, den Diplokokkus zu isolieren, fast ein Jahr lang sehr krank waren. EMIL MAYER.

37) **N. Schoolman. Bericht über einen Fall, der den bipolaren Ursprung der Gaumentonsille zeigt. (Report of a case showing the bipolar origin of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1915.*

Der Fall zeigte eine deutliche Trennung der Mandelsubstanz durch den Recessus intertonsillaris; die linke untere Mandel zeigte ferner den von Grünwald geschilderten Involutionsprozess. EMIL MAYER.

38) **H. H. Stark. Fünfundzwanzig Fälle von Vincent'scher Angina mit Erfolg behandelt mit Natriumperborat. (Twenty-five cases of Vincent's angina successfully treated with sodium perborate.)** *Annals of otology, rhinology, laryngology. März 1915.*

Verf. verordnet eine Lösung von zwei Teelöffeln des Pulvers in einem Glas Wasser; dies stellt eine gesättigte Lösung dar, mit der häufig der Mund ausgespült werden soll. Nur selten kommt es vor, dass die Schmerzen nicht innerhalb 24 Stunden verschwinden und nicht innerhalb kurzer Zeit Heilung eintritt.

EMIL MAYER.

39) **F. Massei. Einige Betrachtungen über die heutige Therapie der Vincentschen Angina. (Qualche considerazione sulla cura odierna dell' angina di Vincent.)** *Arch. ital. di laring. No. 4. 1915.*

Verf. hat mit Vorteil das Salvarsan lokal angewandt; er appliziert es, indem er einen Wattetupfer mit etwas Glyzerin befeuchtet und eine kleine Menge Salvarsan daran haften lässt. Auf diese Weise ist er imstande, das Mittel in die Lakunen hineinzubringen. CALAMIDA.

d) Diphtherie und Croup.

40) **Schmitz. Ergebnisse der Diphtherieuntersuchung mittels des Galle-Serum-Nährbodens (v. Drigalski und Bierast).** *Münchener med. Wochenschr. No. 46. S. 1566. 1915.*

Eine Nachprüfung des von Drigalski und Bierast durch Zusetzung von Rindergalle modifizierten Diphtherienährbodens ergab, dass sich durch diesen eine erhebliche Verstärkung der Bazillenanreicherung gegenüber dem gewöhnlichen Löffler'schen Nährboden erzielen lässt. Hierdurch ist das Durchsuchen der Präparate erleichtert und abgekürzt. KOTZ.

41) **Samuel S. Woody** (Philadelphia, Pa.). **Intramuskuläre Einspritzungen von Antitoxin. (Intramuscular injections of antitoxin.)** *Pennsylvania med. journ. Dezember 1915.*

Für die allgemeine Praxis ist eine einzige grosse Dosis von Antitoxin intramuskulär injiziert aus vielen Gründen zu empfehlen. Unter diesen sind die schnelle Absorption und die infolgedessen schneller eintretende Wirkung, und ferner die im Vergleiche zur intravenösen Injektion höchst einfache Technik.

Die Erfahrung W.'s erstreckt sich über 600 Fälle, bei denen nur 13 mal eine zweite Injektion notwendig war. Die Durchschnittsgabe war: 23800 Einheiten. Die kleinste 3300 und die grösste 100000. Von diesen 600 Patienten starben 33 oder 5,5 pCt. FREUDENTHAL.

42) **Krause. Intramuskuläre Injektion des Diphtherieserums.** Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau, Sitzung vom 22. Januar 1914. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 32. S. 1648. 1914.*

In schweren Diphtheriefällen ist die intramuskuläre Injektion anzuwenden. Maximum der Resorption bei subkutaner Injektion des Serums nach 2—3 Tagen, bei intramuskulärer schon nach 8 Stunden. Bei intravenöser Einführung ist schon nach 8 Stunden eine Abnahme der Menge des Antitoxins festzustellen, bei intramuskulärer bleibt die Menge desselben lange Zeit auf derselben Höhe.

R. HOFFMANN.

43) **Egis. Intravenöse Injektion des Diphtherieserums.** Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau, Sitzung vom 22. Januar 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 1648. 1914.*

Die intravenöse Injektion wird warm empfohlen, da diese rasch auf lokale Prozesse wirkt. R. HOFFMANN.

44) **J. Brdlík** (Prag). **Serotherapie und schwere postdiphtherische Lähmungen.** *Casopis ceskych lek. 53. S. 191. 1914.*

Auf Grund seiner 15 Beobachtungen von postdiphtheritischen Lähmungen in Fällen, die mit Serum behandelt wurden und ohne Serumbehandlung geblieben sind, resumiert Verf.: In den mit Serum behandelten Fällen verliefen die Lähmungen bedeutend milder. Auf das klinische Bild der Lähmung hat die Serum-

injektion keinen Einfluss, nur auf den Verlauf; dabei ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns von Wichtigkeit und absolute Ruhe der Patienten geboten. — Verf. publiziert in extenso die Krankengeschichten und gibt eine Statistik der Lähmungen betreffs ihrer Form und den Einfluss der Behandlung.

STEINER.

45) **Friedländer. Ein Fall von Neuritis postdiphthorica.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 33. S. 1548. 1914.*

Verf. bespricht einen Fall von Polyneuritis nach Diphtherie, den er an sich selbst beobachten konnte. Die nervösen Erscheinungen begannen 5 Wochen nach der Infektion, welche schwer war und am 4. und 5. Tage ihres Bestehens mit zwei Einspritzungen zu 1500 I.-E. Heilserum bekämpft wurde. Von den Nerven waren ergriffen: der Peroneus, Tibialis, Medianus, Radialis, Ulnaris und die Hautnerven. Eine leichte Besserung der teilweise schweren Lähmungen vollzog sich erst etwa 5 Wochen nach Beginn derselben, vollständige Heilung durch Kuraufenthalt in Gardone und Aachen etwa nach einem halben Jahre.

R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

46) **P. Schneider. Zur Genose der kongenitalen Larynxcysten.** *Zeitschr. für Ohrenheilk. Bd. 64. S. 358.*

Verf. berichtet über eine Cyste, die als Todesursache bei der Sektion eines 28 Tage alten Mädchens gefunden wurde; die Cyste hatte die Grösse einer Weinbeere und verlegte den Larynxeingang vollständig; sie sass in der linken ary-epiglottischen Falte und wölbte sich in das Kehlkopflumen hinein. Verf. gibt einen sehr ausführlichen mikroskopischen Befund, aus dem er folgert, dass die Cyste aus einer Abschnürung der Appendix des Kehlkopfventrikels hervorgegangen ist. Er leugnet jedoch nicht, dass es für die Entstehung der kongenitalen Larynxcysten noch andere Möglichkeiten gibt.

FINDER.

47) **Thomas W. de Hass. Ein Fall von Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulus, case report and comment.)** *Indianopolis medical journal.*

Kasuistische Mitteilung.

FREER.

48) **J. Moskovitz** (Budapest). **Fälle von Chorea laryngis.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 27. 1915.*

Mitteilung von zwei Fällen.

POLYAK.

49) **Joseph Rosenthal** (Brooklyn, N. Y.). **Paralyse des Rekurrens infolge von Mitralstenose. (Paralysis of the recurrent laryngeal nerve resulting from mitral stenosis.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. Januar 1916.*

Verschiedene Theorien dieser Erscheinung nebst Bericht von 2 selbst beobachteten Fällen, die beide akut aufgetreten waren (vor 6 bzw. 8 Wochen).

FREUDENTHAL.

50) **John Guttman** und **Selian Neuhof** (New York). **Pulsdifferenz an der Radialis und Rekurrensparalyse als Folgen einer Mitralstenose. (Radial pulse difference and left recurrent paralysis due to mitral stenosis.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. Januar 1916.*

Der seltene Befund des Unterschiedes der beiden Radialpulse, der sich auch auf den Puls der unteren Extremität erstreckte, wird von den Verff. dadurch erklärt, dass die dilatierte Pulmonalarterie wahrscheinlich unter den Aortenbogen und besonders gegenüber dem Ursprung der linken Subklavia gepresst wird und so die Blutzirkulation der letzteren behindert.

FREUDENTHAL.

51) **Gerber. Kombinierte Kehlkopflähmung.** Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg, Sitzung vom 2. März 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 1594. 1914.*

Vorstellung eines Patienten mit rechtsseitiger Rekurrensparese, Gaumensegellähmung und Atrophie einzelner Hals-, Schulter- und Brustmuskeln. Keine Entartungsreaktion. Wassermann negativ. Innere Organe o. B. Lähmung des rechten X. und XI. wahrscheinlich peripher. Aetiologie unklar.

R. HOFFMANN.

52) **Neumann** (Wien). **Paraffininjektion im Kehlkopf wegen Aphonie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. S. 1148. 1914.*

Frau, die seit dem 4. Lebensjahre nach Diphtherie aphonisch und bei der das linke Stimm- und Taschenband narbig zerstört, der linke Aryknorpel unbeweglich war. Das rechte Stimmband bewegte sich bei der Phonation über die Mittellinie, doch blieb eine grosse Lücke. Durch endolaryngeale Paraffininjektion wurde die Gegend des linken Stimm- und Taschenbandes so weit prominent, dass beim Intonieren eine Art von Stimmritze entstand. Pat. spricht mit heiserer, aber laut vernehmbarer Stimme. Der Erfolg hält jetzt 15 Monate an.

R. HOFFMANN.

53) **R. Vitto-Massei. Ueber einen Fall von Zungen-Lippen-Kehlkopflähmung. (Su di un caso di paralisi labio-glosso-laringeo.)** *Arch. ital. di laring. No. 3. 1915.*

Die Aetiologie des vom Verf. mitgeteilten Falles von kombinierter Lähmung war unklar.

CALAMIDA.

54) **Hajek. Fremdkörper im Kehlkopf.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 10. Dez. 1915. *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. S. 99. 1916.*

Es handelt sich um eine Nadel, die infolge Erbrechens beim Kokainisieren des Larynx zum Vorschein kam. Es bestand an der äusseren Fläche des Schildknorpels eine fluktuierende Geschwulst, im Larynx selbst waren die Gebilde der linken Seite unbeweglich, und auch hier war eine Geschwulst zu sehen. Man hatte eine Perichondritis laryngea tuberculosa angenommen. Nach der spontanen Entfernung der Nadel schwanden alle Erscheinungen des objektiven Befundes und der subjektiven Beschwerden. (Schmerzen im Kehlkopf und Behinderung des Schluckens.)

HANSZEL.

55) **Henry L. Linah. Fremdkörper im linken Hauptbronchus.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Ein Kind von $2^1/_2$ Jahren trug schon drei Monate lang ein wegen Diphtherie eingeführtes Intubationsrohr, weil jeder Versuch der Extubation schwere Atemnot wegen Glottiskrampfs im Gefolge hatte. Bei einem solchen Extubationsversuch wurde durch einen ärztlichen Gehilfen das Intubationsrohr in die Trachea hinabgestossen. Es wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht. Um Erstickung beim Zurückbeugen des Kopfes während der Operation zu vermeiden, wurde ein bronchoskopisches Rohr in die Luftröhre als Vorakt der Tracheotomie eingeführt, um ihr Lumen durch das starre Rohr offen zu halten. Das Intubationsrohr wurde dann mit Leichtigkeit aus dem Bronchus mit der Zange entfernt. OTTO FREER.

56) **R. Steiner. Kriegserkrankungen des Larynx.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 18. Februar 1916.

Verf. bespricht zunächst die funktionellen Stimmbandlähmungen. Er berichtet über einen Fall von Mutismus bei einem Soldaten; die Stummheit trat ein, als in seiner unmittelbaren Nähe eine Granate platzte. Der Fall wurde geheilt. Ferner berichtet er über mehrere Fälle von nervöser Aphonie.

Was die Kehlkopfschüsse anbetrifft, die Verf. in der Prager laryngologischen Klinik beobachtet hat, so nahmen sie sämtlich einen günstigen Verlauf; in jenen Fällen, wo anfangs starke Atemnot bestand, konnte die Tracheotomie umgangen werden, während es in den Fällen, wo zunächst die Stimmfunktion in Frage kam, gelang, eine wenigstens brauchbare Stimme zu erzielen. Ein Fall nahm einen — quoad restitutionem — ungünstigen Ausgang. Es handelte sich um einen Fall von Gewehrquerschuss des Kehlkopfs, der wegen hochgradiger Atemnot sofort auf dem Verbandplatz tracheotomiert worden war, und der nicht dekanüliert werden konnte. Es hatte sich — wahrscheinlich infolge von Narbenbildung — eine hochgradige Stenose des Larynx gebildet; Dilatationsversuche, die seit 9 Monaten fortgeführt wurden, hatten kein rechtes Ergebnis, so dass Vornahme der Laryngostomie in Aussicht genommen ist.

Zum Schluss berichtet Verf. über einen Fall von Larynxstenose bei einem Soldaten nach Scharlach und Kehlkopfdiphtherie; zwei Monate nach Ausbruch der Erkrankung musste er wegen hochgradiger Dyspnoe tracheotomiert werden. Es handelte sich um eine Narbenstenose; das linke Stimmband war in Kadaverstellung fixiert. Es gelang, mittels Dilatation die Stenose zu beheben, so dass Pat. dekanüliert werden konnte. (Autoreferat).

57) **A. Zeller. Schuss in den Kehlkopf.** Kriegsärztlicher Abend des Stuttgarter ärztlichen Vereins, Sitzung vom 9. Sept. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. S. 1382. 1915.*

Schuss Anfang Mai hatte die linke Wange und den Unterkiefer gestreift, und war im Hals stecken geblieben. Gleich nachher starke Schluck- und im geringeren Grade auch Atembeschwerden. Geschoss zunächst nicht gefunden. Anfang August beim Marschieren Atemnot, auch Schluckschmerzen bestanden noch. Röntgenbild:

Infanteriegeschoss in der Höhe des Ringknorpels, wahrscheinlich im Kehlkopf. Laryngoskopische Untersuchung wegen starker Würgbewegung misslangen. Längsschnitt links neben dem Kehlkopf legte die Spitze eines französischen Infanteriegeschosses frei, das leicht entfernt werden konnte. Das Geschoss lag in der Tat im Kehlkopf, unterhalb der Stimmbänder, in der Höhe des Ringknorpels. Es hatte sich beim Eindringen gedreht und war mit dem dicken Teil zuerst eingedrungen.

Als bemerkenswert hebt Verf. hervor, dass ein im Verhältnis zum Lumen des Kehlkopfs so grosser Fremdkörper wie ein französisches Infanteriegeschoss 3 Monate im Kehlkopf festsitzen konnte, ohne alarmierende Erscheinungen hervorzurufen.

R. HOFFMANN.

58) **Simmonds** (Hamburg). **Kehlkopfquerschuss ohne Erscheinungen.** Hamburger Aerzteverein, Sitzung vom 20. April 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. S. 1053. 1915.*

Ein Infanteriegeschoss war quer durch den Kehlkopf gegangen mit Durchbohrung beider Aryknorpel und Zerschmetterung eines Zungenbeinhorns. Trotzdem weder Heiserkeit noch Oedem. Nur die gleichzeitige Durchbohrung der Rachenwand machte heftige Schmerzen. Tod an Pneumonie. R. HOFFMANN.

59) **Böhler. Kehlkopfschüsse.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 24. S. 828. 1915.*

Die hier mitgeteilten Fälle kamen fast alle auf dem Verbandplatz, also in den ersten Stunden nach der Verletzung, zur Beobachtung. Im Vordergrund stand die Atemnot, welche sofortige Tracheotomie nötig machte, und mehr oder minder ausgedehntes Hautemphysem, das Inzision erforderte. KOTZ.

60) **Lonhard. Bruch des Ringknorpels, Schädelbruch, eitrige Hirnhautentzündung.** Strassburger militärärztliche Gesellschaft, Sitzung vom 6. April 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. S. 1750. 1914.*

Durch Hufschlag gegen Knie und Fall auf den Rücken. Kleine Wunde am Knie. Bewusstlosigkeit. Kein Anzeichen für Schädelbruch. Nach 48 Stunden Temperatur 40°. Rechsseitige Pneumonie. Plötzlich schwerste Asphyxie. Tracheotomie. Vordere Hälfte des Ringknorpels herausgesprengt. Entfernung. Kanüle. Nach 24 Stunden plötzlich Exitus. Sektion: Schädelbruch sagittal durch hintere Schädelgrube und Felsenbeinpyramide, eitrige Hirnhautentzündung, besonders entlang dem Schädelbruch. Bemerkenswert ist die späte Folgeerscheinung des Kehlkopfbruches, hervorgerufen anscheinend durch Hustenstösse. R. HOFFMANN.

61) **Mygind. Haematoma laryngis traumaticum.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 68.*

Angeregt durch einen genau beschriebenen und durch Bilder erläuterten Fall unternahm Verf. an frischen Kadaverkehlköpfen Versuche mit Injektionen von Methylblaulösungen. „Es zeigte sich, dass man beim Spritzen der Flüssigkeit in

die Plica aryepiglottica, besonders zwischen den Cartilagines Santorini und Wrisbergii, eine langsam wachsende bläuliche Ausfüllung bilden konnte, die fast wie eine Reproduktion des klinisch wahrgenommenen Bildes aussah.“ Verf. konnte feststellen, „dass im Lumen des Larynx nur äusserst schwierig Platz zu grösseren Hämatomen in der straffen Schleimhaut werden kann. Auch die Verschiebung derselben durch Druck von lateralen Ansammlungen ist verhältnismässig gering, während das lose Gewebe an den Seiten, besonders im Sinus piriformis, imstande ist, ohne besonderen Widerstand sehr bedeutende Flüssigkeitsmengen aufzunehmen“. Auf Grund der Untersuchungsergebnisse kritisiert er die am Lebenden wahrgenommenen laryngoskopischen Bilder. KOTZ.

e II) Stimme und Sprache.

62) **H. Gutzmann. Das Universitätsambulatorium für Stimm- und Sprachstörungen.** *Vox. H. 5 u. 6. S. 276. 1914.*

Statistischer Bericht 1913/14. 567 Fälle von Sprachstörungen und 124 Kranke mit Stimmstörungen. NADOLECZNY.

63) **H. Löbmann. Der neue Lehrplan für den Gesangsunterricht in den preussischen Volksschulen.** *Stimme. VIII. H. 10, 11, 12. 1914.*

Aus dieser kritischen Würdigung, die auch den Laryngologen angeht, sei hervorgehoben, dass L. dafür eintritt, die Atemübungen nicht stimmlos vorzunehmen. Es wird die Einübung von vereinigtem Zwerchfell- und Flankenatmen, Atemhalten und langsamem gleichmässigen Ausatmen gefordert, ferner der leise Stimmeinsatz, weicher Ton empfohlen und auf Ausbildung der Kopfstimme und Registerausgleich verwiesen. Den leisen Stimmeinsatz unterstreicht auch L., wobei ihm das Versehen begegnet, den Ansatz als stumme physiologische Einstellung zur Erzeugung des weichen Einsatzes zu definieren. Die Verpönung überlauten Singens begrüsst er sehr, da jenes dem hygienischen Grundsatz, grösste Singleistung bei geringstem Kraftverbrauch, widerspricht. Um das Ueberschreiten des Stimmumfangs der Kinder zu vermeiden, soll zweimal im Jahr eine Stimmumfangsprüfung stattfinden, wozu L. noch genauere Anregungen gibt. Auch eine richtige Abwechslung zwischen Klassen-, Gruppen- und Einzelgesang mit Rücksicht auf die Ermüdung scheint wichtig zur Schonung der Stimme. Ferner begrüsst er mit Recht die Befreiung der im Stimmwechsel befindlichen Knaben (im Lehrplan heisst es richtiger Kinder) vom Singen, aber nicht vom Singunterricht, der auch die Lautbildung zu fördern hat. L. verweist auf üble Zustände in höheren Schulen und vergisst doch die mutierenden Mädchen! NADOLECZNY.

64) **E. John-Marlitt. Vorsingen bei der Stimmbildung.** *Stimme. Bd. 10. H. 3. Dezember 1915.*

Das Vorsingen bei der Stimmbildung muss dem Charakter und der Ausbildungsstufe, also der Nachsingmöglichkeit des Schülers angepasst sein und ferner auch die Fehler aufzeigen, die letzterer macht. Vorsingen brillanter Töne, die

vom Schüler noch nicht oder nie erreicht werden können, veranlasst ihn zur Ueberanstrengung und führt zur Phonasthenie. Der Lehrer muss sich in die verschiedensten Stimmen einfühlen und so viele Wege zur Erzielung des schönen Tones finden.

NADOLECZNY.

65) **R. Lindner. Zur Artikulation des S-Lautes im Taubstummenunterricht.** *Vox. H. 2. S. 89. 1914.*

S, der schwierigste Laut für Taubstumme, soll mit mannigfachen Hilfsmitteln erlernt werden. Nach Besprechung einiger bisheriger phonetischer Darstellungsmethoden mit Atemkurven, aus denen Verf. (statt aus der Volumkurve) auf den Atemdruck schliesst, empfiehlt er zum Unterricht die schallempfindliche Stichflamme. Im Flammenbild lässt sich s und ch unterscheiden.

NADOLECZNY.

66) **J. Poirot. Ueber den Hermann'schen Apparat zur Registrierung von Phonographenglyphen. (Sur le transcripteur phonographique de Hermann.)** *Vox. H. 2. S. 99. 1914.*

P. legt sich die Frage vor, ob zwei hintereinander abgenommene Kurven, die der Hermann'sche oder Hauser'sche Apparat von der Walze zeichnet, genau gleich sind. Durch rechnerische und geometrische Analyse fand er, dass sie trotz äusserlich grosser Aehnlichkeit geometrisch nicht gleich sind und analytisch abweichen. Praktisch aber sind die berechneten Obertöne gleichartig, weshalb der Apparat als genügend genau zu betrachten ist.

NADOLECZNY.

67) **W. E. Peters. Bemerkungen über einige Klangkurven. (A note on some intonation curves.)** *Vox. H. 1. S. 30. 1914.*

P. bespricht seine von Grammophonplatten durch Analyse mittels des Meyer'schen Kurvenmessapparats gewonnenen Klangkurven, betont ihre Bedeutung für metrische und rhythmische Studien und die Unterschiede gegenüber den Kurven von D. Jones.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

68) **Meta Holland** (Tübingen). **Beitrag zur Frage des Jodbasedow.** *Med. Corresp.-Blatt d. württemb. ärztl. Landesvereins. No. 6—12. 1916.*

Jodmedikation vermag einen echten Morbus Basedowii auszulösen, sowohl bei kropfbehafteten Individuen, als auch solchen mit anscheinend normaler Schilddrüse, die aber eine latente Disposition zu thyreotischen Störungen oder eine durch innersekretorische Schwankungen bedingte veränderte Beschaffenheit in sich birgt. Abzugrenzen sind die Formen von Thyreoiditis jodica acuta mit thyreotoxischen Symptomen.

SEIFERT.

69) **Riedel. Ueber einen vor 22 Jahren operierten Fall von Kropftuberkulose mit deutlichen klinischen Erscheinungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. S. 1667. 1914.*

Frau, vor 22 Jahren an Kropf, der mikroskopisch als tuberkulös sich erwies,

operiert, bekam nach 9 Jahren Rezidiv. Allgemeinbefinden jedoch bis jetzt ungestört. Tuberkulose der Schilddrüse kann harmlos verlaufen. R. HOFFMANN.

70) **Leonard Freeman** (Denver, Colo). **Weitere Erfahrungen mit dem Draht-Tourniquet bei der partiellen Thyreodektomie. (Further experience with the use of the wire tourniquet in partial thyreodectomy.)** *Amer. journ. of surg. Januar 1916.*

Nach F. verfährt man auf folgende Weise: Ein Lappen der Drüse wird vollständig frei gelegt, d. h. so, dass er mit all seinen Adnexa leicht sich bewegen lässt. Dann aber ist es die Absicht, die Basis so zu komprimieren, dass ein beliebiger Teil des Lappens abgeschnitten werden kann ohne Gefahr einer Blutung oder Verletzung der Nerven. Dies wird dadurch erreicht, dass man ein Stück Draht von der Länge einer Stricknadel in jede Seite einführt, fest zusammenbindet, und so ein Tourniquet bildet. Die Enden der Drähte werden leicht umgebogen. Dann kann man ohne Gefahr die Entfernung vornehmen. FREUDENTHAL.

g) Oesophagus.

71) **B. B. Finkelstone** und **T. Long Ellis** (Bridgeport, Conn.). **Oesophagotracheale Fistel. (Report of a case of esophago-tracheal fistula.)** *Journ. amer. med. assoc. 18. Dezember 1915.*

Die Fistel war kongenital; das Kind starb am 5. Tage nach der Geburt.

FREUDENTHAL.

72) **Wrede. Oesophagusdivertikel.** Medizinisch - naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, Sektion für Heilkunde. Sitzung vom 4. November 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 58. 1916.*

Apfelgrosses Oesophagusdivertikel am Hals bei 62jährigem Wirker. Exstirpiert unter Stoppnaht seines Halses und doppelter Einstülpung des Stumpfes. Keine Gastrotomie. Heilung ohne Fistelbildung. R. HOFFMANN.

73) **R. Penn Smith** (Pittsburgh, Pa.). **Entfernung von Fremdkörpern. (Removal of swallowed foreign bodies.)** *Journ. amer. med. assoc. 13. November 1915.*

Folgender Fall wird berichtet: 29jähriger Mann verschluckte ein Stück Glas. 24 Stunden später gab ihm S. 8 bis 12g Baumwolle mit der Verordnung, dieselbe in Fäden zu zerteilen und sie dann mit einem Glase Milch hinunter zu schlucken. Eine Stunde später ein Abführmittel aus Magnes. sulphur. bestehend. Im Stuhl fand sich ein spitzes Glasstück, das vollständig von Baumwolle umgeben war.

FREUDENTHAL.

74) **Garrè. Oesophagusresektion im Halsteil mit plastischem Ersatz durch Hautlappen.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Sitzung in Bonn am 2. März 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 1597. 1914.*

Das resezierte Oesophagusstück wird durch einen vom rechten seitlichen Halsteil ohrwärts gebildeten breitgestielten Hautlappen gedeckt. R. HOFFMANN.

75) **R. C. Kemp** (New York). **Eine verbesserte, biegsame Oesophagusbougie. (An improved flexible esophageal bougie.)** *Medical Record. 12. Februar 1916.*

Die von K. angegebene Bougie lehnt sich an die seinerzeit von Lerche empfohlene an, nur dass das neue Instrument biegsamer ist, dabei aber doch eine gewisse Festigkeit besitzt. Nach K. sind biegsame Bougies besonders zur Erkennung von Strikturen sehr geeignet.

FREUDENTHAL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Weingaertner** (Berlin). **Das Röntgenverfahren in der Laryngologie.** Mit 56 Figuren auf 8 Tafeln, 8 Figuren im Text und 8 stereoskopischen Bildern. Hermann Meusser. Berlin 1914.

Das kurz vor Beginn des Weltkrieges erschienene Werk ist der achte Band der Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken, deren bisheriger Herausgeber Heinz Bauer leider vor kurzem gestorben ist. In der kurzen Einleitung des Buches führt der Verf. an, dass die Laryngologie an das Röntgenverfahren erhebliche Anforderungen stellt, und dass die Herstellung einer guten Photographie des Artikulationsrohres, noch mehr aber deren Deutung exakte Technik und grosse Uebung erfordert. Er betont die Wichtigkeit der Momentaufnahmen, wo es jetzt gelungen ist, die Expositionszeit auf Bruchteile einer Sekunde herabzusetzen und dabei wirklich scharfe, brauchbare Bilder herzustellen. Die Röntgenstereoskopie leistet auch in manchen Fällen wichtige Dienste. Für derartige Aufnahmen hat er an dem Grödel'schen Apparat einige Abänderungen getroffen. Alsdann bespricht Verf., fussend auf kritischer Durcharbeitung der fleissig gesammelten Literatur, die verschiedenen Fortschritte, die die Röntgenuntersuchung in unserer Kenntnis vom inneren Aufbau, der Struktur des Kehlkopfs gezeitigt hat, so in der Ossifikation der Kehlkopfknorpel, der Verschiedenheit im Verlauf der Verknöcherung bei beiden Geschlechtern, in der Architektur der Spongiosa, in der topographischen Anatomie des Kehlkopfs und Tracheobronchialbaums, in der Gefässversorgung des Kehlkopfs und der Bronchien u. a. m.

Ausführlich geht W. auf die Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen in der experimentellen Phonetik ein, die Referent bald nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen als eine neue Untersuchungsmethode in die Physiologie der Stimme und Sprache eingeführt hat. Er bespricht die verschiedenen Formen des Ansatzrohres beim Phonieren der einzelnen Vokale und Konsonaten. Bemerkenswerte Resultate liefert die Röntgenuntersuchung über die Lage des Kehlkopfs und seiner Teile beim Gesang, besonders bei Brust- und Falsettstimme. Eine Arbeit des Referenten über die Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Gesanges, die schon im Jahre 1898 in der Allgemeinen med. Centralzeitung erschien, ist dem Verf. entgangen. Auch in der Physiologie des Schluckakts hat die Anwendung der X-Strahlen wichtige Aufschlüsse über bisher strittige Fragen zutage gefördert und schon eine Reihe neuer Tatsachen gebracht.

In klinischer Beziehung ist das Röntgenverfahren zu einem für den Laryngologen unentbehrlichen Hilfsmittel geworden. Als langjährigem Assistenten an

der Königlichen Universitätsklinik für Hals- und Nasenleiden in Berlin stand dem Verf. ein riesiges Krankenmaterial zur Verfügung. Er stützt sich daher bei den meisten Punkten nicht nur auf fremde, sondern ganz besonders auf reiche persönliche Erfahrungen. Unter Beifügung einer grossen Reihe instruktiver Röntgenaufnahmen erläutert er seine Ausführungen, die bei ihrer Prägnanz unsere ganz besondere Anerkennung verdienen und uns über alle diesbezüglichen Fragen in diesem noch in der Entwicklung befindlichen Gebiete aufklären. Am Halse sind es vor allem Drüsenkonkremente und Wirbelsäulenveränderungen, bei denen mit Erfolg die Röntgenstrahlen angewandt wurden, ferner Speichelsteine, Tumoren an der hinteren Rachenwand, die Feststellung einer Halsrippe. Bei Erkrankungen des Kehlkopfs hat das Röntgenverfahren insofern diagnostische Bedeutung, als unter Umständen Strukturveränderungen des Kehlkopfskeletts nachgewiesen und Einengungen des Lumens überblickt werden können. Von praktischer Wichtigkeit sind die Röntgenstrahlen bei Brüchen des Kehlkopfs. Verf. geht dann auf die Arbeiten von Thost ein, auf die Frage, wie weit Erkrankungen des Kehlkopfs an den Knorpeln und deren Struktur sich bemerkbar machen. Nach Thost soll für die Larynxtuberkulose der eigentümlich matte Ton, den die Knorpel im Röntgenbilde haben, charakteristisch sein, während bei Lues des Kehlkopfs die Bilder sich besonders scharf abzeichnen, die Verknöcherungen an den befallenen Partien eine zackige Form haben. Nach Thost soll auch die Verknöcherung des Kehlkopfs unter dem Einfluss des Carcinoms im allgemeinen gefördert werden, ausgenommen die weichen Carcinome, die den Knorpel schnell durchwuchern. Man muss der Ansicht des Verf.'s vollkommen beistimmen, dass, um den Thost'schen Befunden allgemeine Gültigkeit zu verschaffen, Untersuchungen nötig sind, die dahin gehen, das am lebenden Patienten gewonnene Röntgenbild im Verein mit histologischen Untersuchungen in exakter Weise aufzuklären.

Weit häufiger als die primären Erkrankungen der Luftwege sind es die sekundären Veränderungen, für deren Diagnose die Röntgenuntersuchung, natürlich immer nur in Gemeinschaft mit den übrigen klinischen Methoden, mit bestem Erfolg herangezogen wird. Bei der Luftröhre handelt es sich um Abweichungen von der normalen Form und Lage, als deren Ursache Strumen, Aneurysmen, Mediastinal- und Lungentumoren, pleuritische Ergüsse und Schwarten usw. in Betracht kommen. In einem besonderen Kapitel bespricht Verf. die Erkrankungen der Speiseröhre, das Divertikel und Carcinom.

Sehr ausführlich behandelt er die Bedeutung des Röntgenverfahrens bei Fremdkörpern, einmal um zu häufigerem Heranziehen dieser oft ausschlaggebenden Methode zu raten, dann aber auch um vor einer kritiklosen Ueberschätzung zu warnen. Die X-Strahlen wendet man hierbei an zur Erkennung und Lokalisation der Fremdkörper, dann zur Erkennung der Folgezustände, aus denen unter Umständen auf den Sitz des Fremdkörpers geschlossen werden kann, auch eventuell als Hilfsmittel bei der Extraktion desselben. Auf keinen Fall soll man sich jedoch auf ein negatives Resultat der Röntgenuntersuchung verlassen und nur hierauf gestützt die Anwesenheit eines — selbst metallischen — Fremdkörpers ausschliessen. In jedem unklaren, fremdkörperverdächtigen Falle ist die direkte Untersuchung vorzunehmen.

In einem Schlusskapitel wird die Röntgentherapie für unsere Spezialdisziplin besprochen. Ueber günstige Erfolge bei Kehlkopftuberkulose ist nur selten berichtet worden. Der Lupus laryngis scheint eher auf die Röntgenstrahlen zu reagieren. Mit grossem Erfolge jedoch wurde das Sklerom des Kehlkopfs dieser Therapie unterzogen. In jedem Falle von Mediastinal- und Lungentumor sollte die Bestrahlung versucht werden, und zwar reagieren gut auf die Röntgenstrahlen manchmal die Tumoren bei Hodgkin'scher Krankheit, ferner die Lymphosarkome und Sarkome. Ihre schönsten Erfolge erzielt diese Therapie bei der Basedow-Struma, wie auch Referent aus seinen eigenen Erfahrungen bestätigen kann.

Eine sehr wertvolle Zugabe ist ein ausführliches Verzeichnis der Literatur, die schon sehr umfangreich ist. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich, die Reproduktion der Röntgenphotographien tadellos. Glänzend gelungen sind die stereoskopischen Aufnahmen, um deren Einführung in unser Fach sich ja W. besonders verdient gemacht hat. Man kann sie mit dem Stereoskop nicht genug bewundern, besonders Tafel III, wo man die Einzelheiten des Kehlkopfs ganz plastisch vor Augen hat, und Tafel IV mit dem Tracheobronchialbaum.

Das Vorwort zum Werk hat Killian geschrieben, der am Schluss sagt: „Ueberall zeigt sich die ungeheure Befruchtung, welche unser Fach durch die neue Methode erfahren hat. Möge das alles recht eingehend studiert werden, mögen recht viele die Anregung daraus gewinnen, selbständig weiter zu arbeiten". Diesem Wunsche kann Referent sich nur anschliessen. Das Buch sei den Laryngologen auf das Wärmste empfohlen, es darf in unserer Bibliothek nicht fehlen, da ja die Röntgenstrahlen auch in unserem Fache immer mehr als Untersuchungs- und Behandlungsmethode herangezogen werden müssen.

Max Scheier.

---

b) William H. Kelson. Die Krankheiten des Halses, der Nase und des Ohres. (Diseases of the throat, nose and ear.) London 1915.

Kelson's Lehrbuch, soweit es uns hier interessiert, wurde für den Studenten und allgemeinen Arzt geschrieben, und der Autor hat es versucht, das zu bringen, was von Wichtigkeit für jene ist und alles das wegzulassen, was noch nicht spruchreif ist. Viele haben dasselbe versucht, aber leider nur sehr wenigen ist es gelungen. In der Tat scheint es leichter zu sein, ein umfangreiches Lehrbuch zu schreiben, als in knapper, verständlicher Form dem Anfänger das zu geben, was er dann und wann einmal gebrauchen kann. Ist dieses hohe Ziel dem Autor gelungen? In manchen Teilen wohl, aber sehr häufig waren wir enttäuscht.

Schon bei der Besprechung der Instrumente beschreibt K. auch die galvanokaustischen Apparate (Schech's usw.) nebst Illustrationen. Wenn man an den grossen Schaden denkt, der vor etwa 10—15 Jahren durch unangebrachtes „Brennen in der Nase" verursacht worden war, so sollte man dem Unerfahrenen solche Waffen überhaupt nicht in die Hand geben.

Auch an den übrigen Kapiteln muss man aussetzen, dass manche Teile zwar eingehend und zum Teil auch gut geschildert sind, während andere zu kurz sind, um dem Leser überhaupt nur eine Ahnung zu geben, was der Autor eigentlich wünscht.

Einige Abbildungen sind gelungen. Wir können aber absolut nicht die Notwendigkeit einsehen, eine ganze Seite herzugeben (in einem kurzen Leitfaden!) für ein farbiges Bild eines Nasenpolypen oder eine andere ganze Seite für entfernte Tonsillen und Vegetationen. Alles in allem muss gesagt werden, dass man in allen Ländern zahlreiche Lehrbücher wie das obige hat, Lehrbücher, die aber keineswegs eine Bereicherung unserer Literatur darstellen. W. Freudenthal.

---

c) Oto-laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 20. Januar 1916.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Der Vorsitzende gedenkt in seiner Ansprache des verstorbenen Mitglieds, Dr. Daniel Tufte.

Heidenreich führte einen 21jährigen Mann vor mit einem grossen pulsierenden Gefäss in der Seitenwandung des Pharynx, hinter dem hinteren Gaumenbogen. Wahrscheinlich Art. pharyngea ascendens, vielleicht Carotis interna. Er war mit 11 Jahren, ohne dass ungewöhnliche Blutung eintrat, tonsillotomiert worden.

Diskussion: Die Erscheinung ist nicht so selten, und bei der Behandlung peritonsillärer Abszesse darf man sie nicht aus dem Gedächtnis lassen.

Wetterstad besprach 2 Fälle von Cysten im Antrum Highmori unter Vorführung von Röntgenplatten. Ausserdem führte er einen 26jährigen Mann mit abgeheilter Perichondritis cartil. cricoideae vor, mit Fixation des rechten Stimmbandes nach der Medianlage zu.

Gording sprach über einen Fall von Tortikollis nach Adenotomie. Die Patientin, ein 8jähriges Mädchen, wurde in der Narkose operiert. Im Anschluss an die Operation (Beckmann's Adenotom) traten Blutungen ein, so dass der Nasopharynx tamponiert werden musste. Am folgenden Tag Temperaturerhöhung, übelriechende Sekretion aus der Operationswunde und in ausgeprägter Weise Tortikollis. Der Kopf ist, mit dem Gesicht nach rechts gewandt, vornüber und zur linken Seite hin gebeugt. Drüsenschwellung. Keine Empfindlichkeit des M. sternocleidomastoideus, auch nicht der Nackenmuskulatur. Nach Entfernung des Tampons Temperaturabfall und Wohlbefinden. Die Schiefstellung des Kopfes gab sich nach Verlauf von 14 Tagen vollständig.

Mit bezug auf die Pathogenese des postoperativen Tortikollis herrscht ziemlich viel Unklarheit.

Die meisten Autoren sind Anhänger der Infektionstheorie und meinen, dass der Zustand von einer Schwellung der tiefer liegenden Lymphdrüsen (Thost, Herzfeld) oder von einer Muskelentzündung lymphatischen Ursprungs herrühre. Bei einer Diskussion im dänischen otologischen Verein wollten Jörgen Möller und Nörregaard am liebsten die Schwellung der tiefen Lymphdrüsen als das Wesentlichste ansehen, während Mygind meinte, dass die Ursache in einer Läsion

der prävertebralen Muskeln zu suchen sei. Fein nimmt traumatische Veränderungen der Nackenmuskulatur an, weil der Kopf des Kindes mit Gewalt in einer bestimmten Stellung festgehalten wird.

In dem hier berichteten Fall scheint die Pathogenese klar zu sein. Nach einer Adenotomie, wo der Operateur selbst das Gefühl hatte, zu tief gekommen zu sein, treten Blutungen auf, wahrscheinlich als Folge einer Läsion der tieferen Schichten (Halsfaszien oder auch Muskularis). Es wird ein Tampon eingelegt mit darauf folgender Infektion der Wundfläche. Gleich hinter der Wundfläche befindet sich der M. long. capitis und der M. rect. cap. ant. Eine einseitige Zusammenziehung dieser Muskeln muss eben die Kopfstellung zur Folge haben, um die es sich hier handelte. Eine Infiltration der Muskeln, eine Myositis, wird bewirken, dass der Patient, zwecks möglichster Schonung der angegriffenen Muskeln, dieselbe Kopfstellung beibehält; selbstverständlich werden nun auch die Lymphdrüsen im retropharyngealen Bindegewebe anschwellen. In diesem Fall scheint es am folgerichtigsten zu sein, einer vorhandenen Muskelinfiltration die hauptsächlichste Bedeutung beizulegen. Was die traumatische Theorie Fein's betrifft, so dürfte sie vielleicht einzelne Fälle von Tortikollis erklären; nur wäre es auffallend, dass diese Komplikation dann so selten eintritt, wie es tatsächlich der Fall zu sein scheint. Der Berichterstatter selbst hat Tortikollis nur dies eine Mal beobachtet. Sendziak in Warschau hat die Schiefstellung unter 1000 Adenotomien nur einmal festgestellt. Allerdings könnte hinsichtlich der poliklinischen Klientel der Einwand erhoben werden, dass sich viele Fälle der Beobachtung entziehen, mit Rücksicht auf die private Klientel kann dies aber kaum in Betracht kommen.

Diskussion: Uchermann, Fleischer.

Gording legte ein rechtsseitiges, tonsilläres Lymphosarkom vor, das vor etwa 3 Jahren entfernt worden war, ohne dass sich auf dieser Seite ein Rezidiv gezeigt hätte. Dagegen stellten sich auf der linken Seite, wo die Tonsille nicht vollständig ausgeschält war, Metastasen an den Drüsen ein. Es wurde nunmehr die radikale Entfernung der Tonsille mit Exstirpation der Drüsen ins Werk gesetzt.

Uchermann.

---

d) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzung vom 8. Januar 1916.

Vorsitzender: Constantinescu.
Schriftführer: L. Mayersohn.

H. Neumann: Geruchsstörungen nach Neosalvarsaninjektionen.

Es handelte sich um eine Dame mit rheumatischen Schmerzen in den unteren Gliedmassen; da der Mann syphilitisch war und der Wassermann bei der Patientin positiv ausfiel, so hielt man die Schmerzen ebenfalls für syphilitischer Natur und machte eine Reihe von intravenösen Neosalvarsaninjektionen. Nach diesen Injektionen verlor die Patientin völlig das Geruchsvermögen; es trat dafür eine Perversion des Geruchssinns auf, indem ihr alle Substanzen, Lebensmittel, verschiedene Medikamente usw. den Geruch von geröstetem Kaffee zu haben

schienen. Nach einiger Zeit verschwand diese Perversion und es blieb nur die totale Anosmie zurück. Die genaue Untersuchung der Nase, der Nebenhöhlen, Mundhöhle usw. ergab nichts Krankhaftes.

Um diese Wirkung zu erklären, erinnert Verf. daran, dass das Neosalvarsan eine elektive Wirkung auf die Hirnnerven ausübt; bisher hat man nur Störungen im Bereich des IX., VIII. und II. Hirnnerven beobachtet. Der vorliegende Fall scheint zu zeigen, dass auch der Riechnerv in Mitleidenschaft gezogen werden kann und zwar äusserten sich die Störungen zunächst als Parosmie; als dann vollständige Atrophie der Nervenfasern eingetreten war, erlosch die Funktion des Nerven völlig und es trat Anosmie ein.

Sitzung vom 12. Februar 1916.

Costiniu: Kehlkopffibrom.

35jähriger Mann, seit 6 Monaten heiser, seit einem Monat Schluckbeschwerden und Husten. Bei der laryngoskopischen Untersuchung findet man eine den Kehlkopf bedeckende Geschwulstmasse, deren Umrisse sich nicht genau bestimmen lassen. Es wird ein Stück zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt; es ergibt sich, dass der Tumor ein Fibrom ist.

Constantinescu: Keratom des Septum.

39jähriger Mann, der vor 3 Jahren im linken Vestibulum nasium eine erbsengrosse Geschwulst wahrnahm. Da die Geschwulst an Grösse zunahm, stellte sich Patient vor 2 Jahren dem Arzt vor, der das Vorhandensein eines den ganzen linken Naseneingang ausfüllenden papillomatösen Tumors feststellte, der vom häutigen Septum ausging. Der Tumor wurde exstirpiert, jedoch bereits nach 6 Monaten kam Patient mit einer Geschwulst von gleichem Aussehen und gleicher Lokalisation wieder. Diesmal folgte auf die Exstirpation kein Rezidiv. Aus der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, dass es sich nicht, wie man nach dem Aussehen des Tumors vermutet hatte, um ein Papillom, sondern um ein Keratom handelte.

Sitzung vom 1. April 1916.

Mayersohn: Papillom von der Unterfläche der Stimmbänder.

56jähriger Kirchensänger, der seine Stimme vollständig verloren hat. Vor 6 Monaten bemerkte er, dass die tiefen Töne versagten; am 30. November war die Stimme völlig erloschen, seit einem Monat klagt er über Schluckbeschwerden, seit 8 Tagen über Atembeschwerden. Bei der Laryngoskopie sieht man einen grauroten Tumor, der aus der vorderen Kommissur herkommt, die Grösse eines Olivenkerns hat und den grössten Teil der Larynx verlegt. Der Tumor wurde mit der Schlinge entfernt. Danach fühlt sich Patient sehr wohl und hat keine Beschwerden mehr. Am 3. Tage kommt er wieder und es zeigt sich, dass der Larynx wieder ausgefüllt ist von einem Tumor gleichen Aussehens, der aus derselben Richtung herkommt, der aber die Grösse einer grossen Olive hat und unterhalb der Stimmbänder sitzt. Diesmal ist nach der Exstirpation kein neuer Tumor mehr erschienen. Mikroskopische Untersuchung ergibt Papillom.

Mayersohn.

III. Briefkasten.

William Lincoln Ballenger (Chicago) †.

Am 22. Dezember 1915 starb W. L. Ballenger in der Heimat seiner Kindheit, genannt „Blue Sky Farm“, im Orte Economy, Indiana. Schon im Juni 1915, als er ganz gegen seine Gepflogenheit bei der Jahresversammlung der American Lar., Rhin. and Otol. Society nicht anwesend war, erfuhr man, dass B. schwer erkrankt dei. Leider sind die Befürchtungen seiner vielen Freunde eingetroffen und einer der besten Laryngologen und Otologen des Landes uns entrissen worden. B. war surch die vielen von ihm angegebenen, äusserst zweckmässigen Instrumente, besonders durch sein Drehmesser (swivel knife), aber hauptsächlich durch sein ausgezeichnetes Lehrbuch über die Erkrankungen und die Chirurgie der Ohren, der Nase und des Halses weit über die Grenzen seines Vaterlandes hinaus bekannt geworden. Er war nicht nur ein sehr guter Praktiker, Lehrer und wissenschaftlicher Arbeiter, sondern auch ein im Umgange höchst liebenswürdiger und beliebter Kollege. Ehre seinem Andenken.

Freudenthal.

John O. Roe (Rochester) †.

Am 24. Dezember starb in seinem Wohnsitz zu Rochester (New York) Dr. John O. Roe an perniziöser Anämie. Er war geboren am 23. Februar 1849 in Patchogue, Long Island; im Jahre 1870 erhielt er den Doktorgrad an der Universität Michigan, 1871 das Diplom des College of Physicians und Surgeons in New York. Im Jahre 1873 liess er sich als Spezialist für Hals- und Nasenkrankheiten in Rochester nieder, ging aber bald danach ins Ausland und setzte seine Studien unter Leitung berühmter Spezialisten, z. B. Sir Morrell Mackenzie, fort.

Dr. Roe war ein nicht nur in Amerika wohlbekannter Laryngologe. Er gehörte zu den Pionieren der Nasenplastik. Geduld, Ausdauer, künstlerischer Sinn und technische Geschicklichkeit waren die Eigenschaften, die ihm dabei besonders zustatten kamen. Er war viele Jahre hindurch Laryngologe am Rochester General Hospital. Er war Mitglied vieler gelehrter Gesellschaften und zu verschiedenen Zeiten Vorsitzender derselben, wie der Medical Society of the State of New York und der Rochester Academy of Medicine, zu deren Gründern er gehörte.

William Wisley Carter.

Unmittelbar vor Abschluss dieses Heftes geht uns die Nachricht zu, dass Dozent Dr. **Morelli** in Budapest gestorben ist.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. Juni 1916. No. 6.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Juni. 1916. No. 6.

I. Wilhelm Lindt, Bern †.

Am 27. April d. J. starb in Bern in seinem 57. Lebensjahre nach fast zweijähriger Infektionskrankheit Prof. Wilhelm Lindt. Zwei apoplektische Gehirnblutungen schlossen innerhalb seiner letzten drei Lebensmonate das vielgestaltige traurige Krankheitsbild, innerhalb dessen es auch zu einer vorübergehenden kurzdauernden Amaurose gekommen war. Die Autopsie ergab eine ungewöhnlich stark ausgesprochene, ausgebreitete Arteriosklerose.

Lindt war der Spross einer Dynastie, die vier Generationen tüchtiger Aerzte hervorgebracht hatte und deren Stammvater Ende des 18. Jahrhunderts aus der Gegend von Hanau bei Frankfurt a. M. in Bern eingewandert war. Schon als Schüler zeichnete er sich durch die Lebhaftigkeit seines Geistes aus. Dem talentvollen Medizinstudierenden widerfuhr die seltene Auszeichnung der offiziellen Verleihung der sogenannten Hallermedaille, die zur Erinnerung an den grossen Haller nur für ganz hervorragende Leistungen von Studenten bestimmt ist. Seine Studien schloss er als erster Assistent der medizinischen Klinik in Bern unter Lichtheim und Sahli ab, welche ihn beide als vorzüglichen Mitarbeiter ausserordentlich hochschätzen.

Ziemlich schwer wurde ihm dann der Abschied von der ihm liebgewordenen inneren Medizin, um sich dem damals in

lebhaftem Aufblühen begriffenen Gebiete der Otorhinolaryngologie mit gleichem Eifer zuzuwenden. Er sagte mir damals mit einem Beiklang von Wehmut: „Ich habe mit meiner kritischen Besprechung von Strümpell's spez. Pathologie und Therapie der inneren Medizin Valet gesagt."

Für eine eingehende Beschäftigung mit dem erwählten Spezialfach kam es ihm sehr zustatten, dass er sich als Assistent eifrig mit pathologischer makro- und mikroskopischer Anatomie beschäftigt hatte. Er blieb davor bewahrt, ganz in der spezialistischen Praxis aufzugehen; wie er mit der allgemeinen Medizin stets die engste Fühlung behielt, so bereicherte er auch sein neues Spezialgebiet mit mehreren tüchtigen histologischen Arbeiten. In seinem Spezialfach entfaltete er bald eine rege praktische und wissenschaftliche Tätigkeit. Letztere erhellt aus dem unten folgenden Verzeichnis seiner zahlreichen Schriften, die in schweizerischen und deutschen Fachzeitungen erschienen. Auch übernahm er bald als Privatdozent praktische Lehrkurse.

In den folgenden Jahren war er ein fleissiger Teilnehmer an den Jahresversammlungen der deutschen und österreichischen otologischen und laryngologischen Gesellschaften, die sich eben damals zu bilden angefangen hatten. Er gelangte auch dort, wie in seiner engeren Heimat, bald zu Ansehen und allgemeiner Beliebtheit und hat zuletzt auch als Vorsitzender die oft schwierigen und komplizierten Verhandlungen, u. a. in Jena und Wien mit Gewandtheit geleitet, so dass er das Vorurteil, die Schweizer seien für solche Aufgaben etwas zu schwerfällig, glänzend widerlegte. Er wird daher auch bei seinen deutschen und österreichischen Fachgenossen das beste Andenken hinterlassen. In seinem Heimatland wurde er dank seiner hervorragenden Eigenschaften auch an die Spitze von ärztlichen Gesellschaften, wie des stadtbernischen medizinisch-pharmazeutischen Bezirksvereins und später der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, berufen. Als Vorsitzender dieser Gesellschaft verfasste er vor wenigen Jahren zu deren 100jähriger Gründungsfeier eine schöne Festschrift, auf die er trotz seiner vielseitigen übrigen Tätigkeit soviel liebevolle Sorgfalt und Gründlichkeit gewandt hat, dass sie als ein bleibendes Monument gelten darf. Er war auch Mitglied der schweizerischen Aerztekommission und beteiligte sich eifrig an der Gründung der schweizerischen Gesellschaft der Hals- und Ohrenärzte, die im Februar 1914 in Lausanne konstituiert wurde. In Anerkennung seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ernannte die medizinische Fakultät unseren Lindt vor acht Jahren zum Titularprofessor. Als Dozent machte er sich seit sieben Jahren durch seine belebte und klare Vortragsweise und seine belehrenden Demonstrationen sehr beliebt; als Mensch war er wegen seiner vielen hervorragenden Eigenschaften hochgeschätzt. Denn er offenbarte sich stets als ein goldener und heiterer Cha-

rakter, grundgütig und voll Taktgefühl gegen alle, namentlich auch gegen seine zahllosen Patienten, die dem tüchtigen Arzt und äusserst gewandten Spezialchirurgen von weither zuströmten.

Die unermüdliche Arbeit und Inanspruchnahme hatte allmählich die nicht sehr feste Gesundheit Lindt's untergraben. Er hatte von Jugend auf an starkem Heufieber mit deutlichen asthmatischen Beschwerden, die ihm oft sehr zusetzten, gelitten und war nicht sehr kräftiger Konstitution. Aber er hatte in der Jugendzeit durch fleissiges Turnen und als eifriger Bergsteiger seinen Körper so gestählt, so dass er Jahrzehnte lang seine grosse Tätigkeit verhältnismässig leicht bewältigen konnte. Freudig wanderte er jeden Sommer mit seiner ihn in allen seinen Bestrebungen unterstützenden edlen Gattin und seinen tüchtigen beiden Söhnen, denen er geistig und seelisch ein treuer Führer war, über seine lieben Berge.

Seine vielen Freunde und ärztlichen Kollegen im In- und Auslande werden dem heiteren, geistesfreien, aufrechten Mann, der überall, wo er auftauchte, Freude und Wohlgefallen erregte, schmerzlich vermissen und nimmer vergessen. Jonquière.

Verzeichnis der Schriften Prof. Lindt's.

1. Mitteilungen über einige neue pathogene Schimmelpilze. Inaug.-Dissert. 1886.
2. Ueber einen neuen pathogenen Schimmelpilz aus dem menschlichen Gehörgang. Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1888.
3. Ein Fall von primärer Lungenspitzenaktinomykose. Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. 19. 1889.
4. Zur operativen Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen. Ebendas. Jahrg. 15. No. 12. 1895.
5. Die direkte Besichtigung und Behandlung der Gegend der Tonsilla pharyngea und der Plica salpingo-pharyngea in ihrem obersten Teil. Archiv f. Laryngologie. Bd. 6. H. 1. 1896.
6. Zur Diagnose und Therapie der chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. Ebendas. Jahrg. 27. No. 5. 1898.
7. Ein Fall von Papilloma laryngis im Kindesalter. Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 3. 1902.
8. Zur Kasuistik der operativen Behandlung der eitrigen Labyrinthentzündung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 49. H. 3 u. 4.
9. Einige Fälle von Kieferzysten. Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1902.
10. Beitrag zur pathologischen Anatomie der angeborenen Taubstummheit. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. 1905.
11. Klinisches und Histologisches über die Rachenmandelhyperplasie. Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 17. 1907.
12. Beitrag zur Histologie und Pathogenese der Rachenmandelhyperplasie. Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 15. H. 1 u. 2.

13. Adrenalin und seine Verwendung in der Laryngo-Rhino-Otologie. Sammelreferat. Internat. Centralbl. f. Ohrenheilk. Bd. 4. H. 10.
14. Ueber die Wirkung des Fibrolysins auf die Schwerhörigkeit nach entzündlichen Mittelohrprozessen. Dissert. von S. Isablonsky, Bern 1909.
15. Erfahrungen bei der Radikalbehandlung der Eiterungen der Stirn- und Siebbeinhöhlen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.
16. Expériences faites avec l'emploi de la méthode „radicale" pour le traitement des suppurations chroniques du sinus frontale de l'éthmoide et du sinus maxillaire. Dissert. von Fernand Müller. 1913.
17. Eine seltene Lokalisation der Tuberkulose in der Nase. Verhandl. der deutsch. otolog. Gesellschaft. Heidelberg 1908.
18. Beiträge zur Lehre von der otogenen Sepsis und Pyämie. Dissert. von Fritz Ludwig. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege. Bd. 65. H. 4. 1912.
19. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Chinins und Salizyls auf das Gehörorgan des Meerschweinchens. Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 45. 1913.
20. Ein Fall von Struma baseos linguae. Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie und Grenzbeb. Bd. 6. 1914.
21. Begutachtung traumatischer Ohraffektionen. Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 16. 1914.
22. Enzyklopädie der Chirurgie: „Rhinologisches."

II. Ernst Winckler, Bremen †.

Das grosse Sterben, das durch die Welt geht, hat auch die deutschen Laryngologen eines ihrer besten und tüchtigsten Männer beraubt. Auf der Höhe seines Schaffens, am Tage nach seinem 56. Geburtstag, starb unser Kollege Ernst Winckler den Tod fürs Vaterland, in dessen Dienst er als Oberstabsarzt seine Kräfte gestellt hatte.

Ernst Winckler wurde am 9. Mai 1860 als Sohn eines Juristen in Königsberg geboren. Nachdem er das Gymnasium seiner Vaterstadt besucht und in Kolberg das Abiturientenexamen gemacht hatte, studierte er in Königsberg, Jena und Freiburg, wo er seine ärztliche Staatsprüfung bestand. Er wurde dann in Berlin Assistent bei Küster, damals Chirurg am Augustahospital, und bei Senator an der III. medizinischen Klinik der Charité; von Berlin aus ging er als Assistent an die chirurgische Abteilung des Krankenhauses in Stettin, deren Leiter Prof. Schmidt war. Seine spezialistische Ausbildung genoss er bei Schnitzler und v. Schrötter in Wien. Im Jahre 1888 liess er sich in Bremen zunächst als praktischer Arzt nieder, war aber damals schon viel spezialistisch auf dem Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten tätig, um schliesslich seine Kraft ganz dem Spezialfach zu widmen. Durch eisernen Fleiss und gründliche Studien verschaffte er sich allmählich auch vorzügliche Kenntnisse in der Ohrenheilkunde. In kurzer Zeit verstand er es sich durch seine Tüchtigkeit und Geschicklichkeit allgemeines Ansehen und Vertrauen zu erwerben und eine zahlreiche Klientel zu gewinnen; einen grossen Teil seiner grossen Arbeitskraft widmete er dem Vereinskrankenhaus zum rothen Kreuz in Bremen.

Unter seinen Fachgenossen hat Winckler sich durch eine grosse Reihe vortrefflicher Arbeiten einen geachteten Namen gemacht. Wenn er auch den verschiedensten Gebieten unseres Sonderfaches, so auch der Sprachheilkunde, sein Interesse zuwandte, so gehörte doch von den Anfängen seiner spezialistischen Laufbahn bis zu seiner letzten literarischen Arbeit seine ganz besondere Vorliebe der Rhinochirurgie, insbesondere der Chirurgie der Nebenhöhlen. Er hat sich auf diesem Gebiete nicht nur mit

grossem Erfolge praktisch betätigt, wobei ihm seine ausgezeichnete allgemein chirurgische Ausbildung zustatten kam, sondern auch in einer Reihe von wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen unsere Kenntnisse gefördert und neue Wege gewiesen. Stets wird mit seinem Namen das Verfahren der osteoplastischen Resektion bei Stirnhöhleneiterungen verknüpft bleiben, das von Czerny und Brieger zuerst erprobt, von ihm aber erst zur Methode erhoben wurde. Noch in seiner letzten literarischen Arbeit trat er für diese Methode gegenüber den Bestrebungen, eine radikale Ausheilung der erkrankten Stirnhöhle auf endonasalem Wege zu erreichen, mit Eifer ein. An der frischen und temperamentvollen Art, mit der er für seine Ansichten eintrat und in einer sich anschliessenden literarischen Kontroverse sie verfocht, erkannte man noch den schneidigen alten Jenenser Korpsstudenten.

Winckler erfreute sich bei seinen zahlreichen Patienten wegen seiner hervorragenden ärztlichen und menschlichen Eigenschaften der grössten Wertschätzung; die Lauterkeit und Ehrenhaftigkeit seiner Gesinnung, seine gerade und männliche Art, die mit Liebenswürdigkeit und Zuvorkommenheit gepaart war, verschafften ihm bei seinen Kollegen Achtung und Beliebtheit, was auch dadurch zum Ausdruck kam, dass er mehrmals in den Vorstand des Vereins Deutscher Laryngologen berufen wurde. An den Verhandlungen dieses Vereins nahm er stets den regsten Anteil; ein grosser Teil seiner Arbeiten ist in dessen Sitzungsberichten niedergelegt und er war einer der eifrigsten und gewandtesten Diskussionsredner. Als wir ihn das letzte Mal auf der Kieler Tagung im Frühjahr 1914 sahen, ahnte keiner von uns die ungeheuren Ereignisse, von denen wenige Wochen später die Welt erschüttert werden sollte und denen nun auch er zum Opfer gefallen ist. Sein Andenken wird stets bei uns in Ehren bleiben.

Finder.

Verzeichnis von E. Winckler's Arbeiten.

1. Bemerkungen zur Therapie des Stotterns. Wiener med. Wochenschr. 1891.
2. Zur Diagnose der adenoiden Vegetationen. Ebendas. 1891.
3. Ueber Ausbreitung der Sprachstörungen unter der Bremischen Jugend. Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 1892.
4. Wann können intranasale Eingriffe beim Morbus Basedow gerechtfertigt sein? Wiener med. Wochenschr. 1892.
5. Ueber das Empyem des Sinus frontalis. Münchener med. Wochenschr. 1892.
6. Ueber den Gebrauch der Dilatationssonden in der Rhino-Chirurgie. Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1893.
7. Ueber einen eigenartigen Fall von Asynergia vocalis bei einem Stotternden. Wiener med. Wochenschr. 1893.
8. Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis. Archiv. f. Laryng. 1893.

9. Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhleneiterung als kunstgerechte in Frage kommen, auch bei dergleichen Erkrank. des Sinus frontalis angewandt werden? Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894.
10. Ueber einen Fall von akutem Stirnhöhlenempyem. Wiener med. Presse. 1894.
11. Zur Oberkiefermissbildung bei behinderter Nasenatmung. Wiener med. Wochenschr. 1895.
12. Zur Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. Ebendas. 1895.
13. Eine Kurette zu Operationen an der Zungentonsille. Archiv f. Laryng. Bd. 3. 1896.
14. Beiträge zur Pathologie des Stotterns. Wiener med. Wochenschr. 1896.
15. Einiges über die Hyperplasie der Zungentonsille. Verh. des Vereins süddeutscher Laryng. 1897.
16. Ueber eine seltene Kehldeckelgeschwulst. Deutsche med. Wochenschr. 1897.
17. Hilfsoperationen zur Beseitigung gewisser Nasenstenosen. Wiener med. Wochenschr. 1897.
18. Ueber Fieberbewegungen nach Operationen in den oberen Luftwegen. Wiener klin. Rundschau. 1897.
19. Ueber Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege. Bresgen's Samml. Bd. 2. 1897.
20. Zur Chirurgie der oberen Nasennebenhöhlen. Archiv f. Laryng. 1898.
21. Zur operativen Behandlung der hyperplastischen Zungentonsille. Wiener med. Wochenschr. 1898.
22. Ueber Massage des Kehlkopfes. Ebendas. 1898.
23. Ueber den Zusammenhang zwischen Nasen- und Augenerkrankungen. Ebendas. Bd. 3. 1898.
24. Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung. Münchener med. Wochenschr. 1900.
25. Die Orientierung auf dem Röntgenbilde des Gesichtsschädels usw. Fortschr. auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. 1901.
26. Ueber Korrektion schiefer Nasen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1903.
27. Zur Chirurgie der Oberkieferhöhlenerkrankungen. Verh. der deutschen otologischen Gesellschaft. 1903.
28. Beitrag zur osteoplastischen Freilegung des Sinus frontalis. Verh. d. deutschen otolog. Gesellschaft. 1904.
29. Die Behandlung von Sprachgebrechen in der Hilfsschule. Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 1905.
30. Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der oberen Luftwege. Verh. d. Vereins süddeutscher Laryng. 1906.
31. Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterungen. Verh. d. Vereins deutscher Laryng. 1909.
32. Zur Kasuistik des Kieferhöhlencholesteatoms. Zeitschr. f. Laryng. 1909.
33. Zur Therapie der phlegmonösen Entzündungen des Waldeyer'schen Ringes. Deutsche med. Wochenschr. 1911.
34. Ueber Tonsillenoperationen im Kindesalter. Verh. d. Ver. deutsch. Laryng. 1914.
35. Ueber Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. Münch. med. Wochenschr. 1914.
36. Ueber Therapie der Stirnhöhlenerkrankungen. Archiv f. Laryng. Bd. 29. 1914.

III. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **John C. Warbrick** (Chicago). **Asthma bei kleinen Kindern. (Infantile asthma.)** *Buffalo med. journ. September 1915.*

Als Ursache des Asthma bei ganz kleinen Kindern gibt er an: Adenoide Vegetationen, Polypen in der Nase und im Larynx, Deviationen des Septum nar. usw.

FREUDENTHAL.

2) **Henri Iskowitz** (New York). **Immunisierung mit autogenen Proteinen beim Bronchialasthma. (Immunization with autogenous proteins in bronchial asthma.)** *New York med. journ. 6. November 1915.*

Gestützt auf die Untersuchungen des Ref. nimmt Verf. an, dass die Sekrete von der Nase in die Trachea, und von dort in die tieferen Teile gelangen. Da nun nach den Untersuchungen von Sanford (Mayo's Klinik) Schleim und Eiter von asthmatischen Patienten als Antidote bei Asthmatikern wirken, so wandte I. langsam steigende Dosen von Bronchialsekreten bei seinen Patienten an. Mittels eines Bronchialkatheters werden die Sekrete in eine sterile Flasche aspiriert. Im Wasserbade werden sie dann gekocht, bis man eine dicke, gelatinöse Masse bekommt. Zu dieser Masse als Basis werden 60,0 normaler Kochsalzlösung und eine 0,25 proz. Lösung von Phenol hinzugefügt. Von dieser Lösung werden alle anderen Verdünnungen gemacht. Wo es unmöglich ist, ein Bronchialsekret zu erhalten, wird Sekret vom Nasenrachenraum gesammelt und dann verfahren wie vorhin. Vorläufig lässt sich ein Urteil über diese Methode noch nicht fällen.

FREUDENTHAL.

3) **Otto Glogau. Erkrankungen des Ohrs und der oberen Atmungswege bei amerikanischen Fabrikarbeitern. (Diseases of the ear and upper respiratory tract among american factory workers.)** *New York med. journ. 27. März 1915.*

Verf. plädiert für Einführung gewisser hygienischer Maassnahmen in den Betrieben, die mit grosser Staubentwicklung verknüpft sind: Aufstellung mechanischer Exhaustoren, in besonderen Betrieben Versorgung der Arbeiter mit Respiratoren, ärztliche Untersuchung in bezug auf das Vorhandensein von den in Frage stehenden Erkrankungen vor der Anstellung und regelmässige ärztliche Kontrolle alle 6 Monate usw.

EMIL MAYER.

4) **Culver** (San Francisco). **Lupus erythematosus der Schleimhäute.** *Derm. Wochenschr. Nr. 16. 1916.*

Bei 11 Fällen von Lupus erythematosus waren 19 Schleimhautläsionen zu verzeichnen. Die Lokalisierung verteilt sich folgendermaassen: an der Wangenschleimhaut 5, am Zahnfleisch 3, am harten Gaumen 1, an den Lippen 4, an der Nase 2 und am Rande der Augenlider 4. Von den 11 Kranken waren 9 weiblichen Geschlechts, das Alter variierte von 16—67 Jahren. Nur in einem Falle war die Schleimhaut allein affiziert (Backentaschen und linke Seite des Zungenrückens). Die Affektion stellt Flecken dar, rötlich oder gelblich oder leukoplakieartig, manchmal erodiert, ausserordentlich hartnäckig.

SEIFERT.

5) **Francis M. Pottenger. Geheilte Tuberkulose der Zunge, des Kehlkopfes und der Lungen. (Healed tuberculosis of the tongue, larynx and lungs.)** *New York med. journ. 2. Januar 1915.*

Der Fall ist nach mancher Hinsicht interessant. Erstlich in Hinblick auf die Ausdehnung der Erkrankung, ferner dass im Sanatorium und nach Beginn einer Tuberkulinbehandlung sogleich Besserung eintrat, die allmählich fortschritt, bis alle aktiven Anzeichen der Erkrankung verschwunden waren. Verf. hat bisher 7 Fälle von Zungentuberkulose behandelt; 3 davon sind an Lungentuberkulose zugrunde gegangen, 3 sind geheilt, 1 ist noch in Behandlung und auf dem Wege der Besserung.

EMIL MAYER.

6) **Virginius Dabney** (Washington, D. C.). **Der Missbrauch der Chirurgie bei Erkrankungen der Ohren, der Nase und des Halses. (The abuse of surgery in diseases of the ear, nose and throat.)** *Med. review of reviews. Nov. 1915.*

Nirgends wird so viel gesündigt, wie bei den Mandeln, nicht einmal die Appendix ausgenommen. Sie sollten nur dann entfernt werden, wenn sie wirklich erkrankt sind. Eine blosse Vergrösserung, besonders bei Kindern, ist kein Grund dafür. Diese geht häufig von selbst zurück. Aehnlich verhält es sich mit dem Septum narium, das ja bekanntlich in 85 pCt. der Fälle normaler Weise deviiert ist. Die Entfernung der unteren Muschel wird so allgemein verurteilt, dass Jemand ein versteinerter Rhinologe sein muss, wenn er das heute noch tut ohne die allerdringendste Indikation.

FREUDENTHAL.

7) **Jacob Grossman** (New York). **Vergrösserung der Thymusdrüse. (Enlargement of the thymus.)** *New York med. journ. 27. November 1915.*

Bericht eines Falles von anhaltendem Husten bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde. Bei Abwesenheit aller anderen Symptome glaubt Verf. den einen vergrösserten Lappen der Thymus für den Husten verantwortlich machen zu müssen; er empfiehlt vorsichtige Röntgenbestrahlung, gibt aber nicht an, ob es in diesem Falle versucht wurde.

FREUDENTHAL.

8) **Riedel. Zystische Geschwülste im Jugulum, speziell eine tuberkulöse, aus der Thymusdrüse (?) hervorgegangene.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 1604. 1914.*

In kropfreichen Gegenden werden Dermoide und Kropfzysten gleich häufig beobachtet, in kropffreien überwiegen erstere. Kropfzysten werden gelegentlich tuberkulös entarten, Dermoide schwerlich. Die von den Rippenansätzen und den die V. jugularis int. umgebenden Lymphdrüsen ausgehenden zystischen tuberkulösen Geschwülste bzw. Abszesse liegen mehr seitlich im Jugulum. Eine in der Mittellinie desselben lokalisierte tuberkulöse Zyste wird sich entweder von einer substernalen Struma, oder wahrscheinlicher, von der tuberkulösen Thymusdrüse aus entwickeln; auch die Glandulae mediastini ant. kommen in Frage.

R. HOFFMANN.

9) **G. P. Zelljadt. Zur Frage des branchiogenen Karzinoms.** *Inaug.-Dissert. Strassburg 1914.*

Verf. hat sehr fleissig alles zusammengetragen, was bisher über das branchio-

gene Karzinom gearbeitet worden ist. Er berichtet über einen auf der Madelung-schen Klinik beobachteten und operierten Fall und gibt dann sämtliche in der Literatur auffindbaren hierher gehörige Beobachtungen (im ganzen 84) wieder. Daran schliessen sich noch einige Beobachtungen bei Tieren. FINDER.

10) **Hölscher. Die direkten Methoden zur Untersuchung und Behandlung von Kehlkopf, Trachea und Speiseröhre, einschliesslich der Schwebelaryngoskopie.** Sitzung des Stuttgarter ärztlichen Vereins vom 2. April 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. S. 1751. 1914.*

Vorteile der direkten Methode: Bild natürlicher und plastischer; Uebersicht über hintere Kehlkopfwand und untere Stimmlippenfläche; hellere Beleuchtung; Operation kann sicherer und gründlicher erfolgen. R. HOFFMANN.

11) **Thost. Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Untersuchung der Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren.** Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg am 31. März 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 1596. 1914.*

Röntgenbilder geben Aufschluss über Anomalien am Skelett der Nase, über Nebenhöhlenerkrankungen und bei Hypophysentumoren. Röntgenbild unerlässlich, wenn bei Schädellues Salvarsan verordnet wird, zur Feststellung, dass luetische Knochenerkrankung nicht bis an die Hirnhäute reicht. Aufnahmen normaler Kehlköpfe Lebender zeigen das Fehlen einer gesetzmässigen Verknöcherungsfigur. Bei Sängern und Schauspielern meist starke Verkalkung und Verknöcherung. Bei Kachexien und Tuberkulose diffuse Verkalkung. Bei Karzinom gekörnte Figur. Bei Lues Hyperostosen und Verkalkungen namentlich am Periost und Perichondrium. Nachweis von Verletzungen und Stenosen des Larynx und Veränderungen der Halswirbelsäule. R. HOFFMANN.

12) **Harold Hays** (New York). **Saugeröhren zum Gebrauch in der Nase, im Hals und in den Ohren. (Suction tubes for use in the nose, throat and ears.)** *Journ. amer. med. assoc. 31. Juli 1915.*

Die Röhren haben den Vorteil, dass sie aus Glas sind und leicht sterilisiert werden können. Sie passen in einen Saugapparat hinein. In der Nähe des Winkels befindet sich eine sackartige Ausbuchtung, in die die Sekrete hineingelangen. Siehe Abbildungen. FREUDENTHAL.

b) Nase und Nasenrachenraum.

13) **L. Stütz. Angeborene seitliche Nasenspalte, verbunden mit gleichseitiger Choanalatresie.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 202.*

Es handelte sich um ein 12jähriges Mädchen, das ausser der Choanalatresie einen nicht unerheblichen Defekt der lateralen Nasenwand linkerseits aufwies, welcher in seinem distalen Teil dem Nasenloche entsprach. Nachdem die Choanalatresie auf dem Wege der submukösen Septumresektion beseitigt und die bestehende Rhinitis gebessert war, wurde durch eine Plastik, die vom Verf. an der Hand einer Abbildung erläutert wird, der Defekt mit gutem Erfolg geheilt. FINDER.

14) **Pierre Bonnier. Heuschnupfen und pruriginöse Zustände. (Le rhume des foins et ses projections prurigineuses.)** *Société de biologie de Paris. 15. April 1916.*

B. konstatierte beim Heuschnupfen häufig Jucken, ausser in der Nase, am Scheitel, in den Augen, am Gaumen, der Zunge, dem Knie usw. Verf. empfiehlt dagegen leichte galvanokaustische Aetzungen im vorderen Teil der Nase.

FINDER.

15) **West. Ueber zwei Jahre Erfahrungen mit der endonasalen Eröffnung des Tränensackes bei Dakryostenose.** Berliner ophthalmologische Gesellschaft, Sitzung vom 25. Juni 1914. *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. S. 1559. 1914.*

W. gibt eine Uebersicht über die nach seinem Verfahren operierten Fälle.

R. HOFFMANN.

16) **Birch-Hirschfeld. Doppelseitige Neuritis optica nach Sinusitis posterior.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr., Sitzung vom 7. März 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 17. S. 464. 1916.*

3 Fälle mit hochgradiger Sehstörung, die durch Freilegung und Eröffnung der erkrankten Siebbeinzellen wesentlich gebessert wurden. Besonders bemerkenswert ist der dritte. Hier war der blinde Fleck antangs um das fünffache vergrössert. Seine genaue Ausmessung gab nicht nur für die fortschreitende Besserung nach der Nasenoperation ein feines Reagens, sondern liess auch eine vorübergehende Sekretstauung nachweisen.

Frühzeitiges Zusammenarbeiten zwischen Augen- und Nasenarzt ist von grösster Bedeutung für Diagnose und Therapie. Aber auch nach der Operation ist eine genaue Kontrolle des Auges notwendig, um den Verlauf der Heilung und Störungen derselben festzustellen.

R. HOFFMANN.

17) **John A. Brophy. Drei Fälle einseitiger Blindheit durch Nebenhöhlenerkrankung verursacht mit Wiedererlangung der Sehkraft. (Report of three cases of monocular blindness due to sinus obstruction with recovery of vision.)** *The ophthalmic Record. Juli 1915.*

Im ersten Falle waren die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle mit Schleim und Eiter gefüllt. Nach der Eröffnung dieser Nebenhöhlen verschwand die Blindheit vollkommen.

Der zweite und dritte Fall waren derselben Art, die Sehkraft aber wurde im zweiten Fall nur auf $^{20}/_{40}$ im ergriffenen Auge gebracht, im dritten Fall aber auf $^{20}/_{20}$.

OTTO FREER.

18) **Arthur Fels. Kasuistischer Beitrag über Durchbrüche nach der Orbita von den Nebenhöhlen der Nase, speziell Siebbein- und Stirnhöhle.** *Inaug.-Dissert. München 1914.*

In dem mitgeteilten Fall handelte es sich um eine seit ca. 1 Jahr bestehende Kieferhöhlen- und Siebbeineiterung, die zu einer Orbitalphlegmone mit Durchbruch am unteren Augenlid führte. Die Entzündung der Orbita war gleich eingetreten, nachdem ein Arzt beim Versuch die Stirnhöhle auszuspülen, mit dem Stirnhöhlenröhrchen in die Orbita gelangt war. Es ist anzunehmen, dass er die Lamina

papyracea perforiert hatte, durch die sich die Entzündung weiter verbreitete, so dass es zu einer Orbitalphlegmone kam. Heilung durch Operation. Im Anschluss gibt Verf. einen Ueberblick über die in der Literatur verzeichneten Fälle von Augenkomplikationen bei Nebenhöhlenerkrankungen.

FINDER.

19) **Hans Pape. Ueber die Resultate der Caldwell-Luc'schen Operation zur Beseitigung chronischer Kieferhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 156.*

Verf. berichtet über die an der Breslauer Universitätsklinik (Prof. Hinsberg) erzielten Resultate bei 143 Kieferhöhlen bei 132 Patienten — 11mal war also eine doppelseitige Eiterung vorhanden —, er schildert die angewandte Technik und den klinischen Verlauf. Der Prozentsatz der Heilungen bei der Gesamtzahl der Fälle betrug 92,8, in den unkomplizierten Fällen 100 pCt. Verf. vergleicht die Caldwell-Luc'sche Operation mit den übrigen in Betracht kommenden Operationsmethoden und kommt zu dem Resultat, dass die einzige Methode, die in Bezug auf die Erfolge mit ihr in Konkurrenz treten kann, die Desault'sche Operation ist, die aber der Caldwell-Luc'schen gegenüber zwei Nachteile hat: Die grosse Zahl der persistenten Fisteln und die unbequeme und langwierige Nachbehandlung.

FINDER.

20) **George Paul Margins. Die Operation der Wahl bei Kieferhöhlenerkrankungen. (The operation of choice in maxillary sinus diseases.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. März 1915.*

Verf. hält die Denker'sche Operation allen andern für überlegen. Der einzige Nachteil, den sie hat, ist der Verlust des Gefühls in den drei Vorderzähnen; in allen hier während des letzten Jahres von ihm operierten Fällen besteht diese Empfindungslosigkeit noch. Er hält es für möglich, dass, wenn man nach Kretschmann einen kleinen Teil der Vorderwand stehen lässt und die ganze nasale Wand reseziert, dasselbe Resultat erreicht wird, ohne dass jener Nachteil eintritt.

EMIL MAYER.

21) **Solenberger** (Colorado Springs). **Subperiostaler Abszess der Kieferhöhle. (Subperiosteal abscess of the maxillary sinus.)** *Colorado medicine. 1915.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem sich eine Eiteransammlung unter dem Periost des Kieferhöhlenbodens befand. Diese Fälle gehen gewöhnlich von einem Wurzelabszess aus.

HORNE.

22) **J. Cohen. Drei follikuläre Zysten des Oberkiefers.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 24.*

Die Fälle, welche durch Operation zur Heilung kamen, bieten nichts wesentlich Neues.

KOTZ.

23) **Girard** (Genève). **a) Ein Neoplasma des Oberkiefers. b) Ein branchiales Karzinom des Unterkiefers.** *Société médicale de Genève. 1916.*

Ersteres hatte schon die Augenhöhle und die Schläfengrube ergriffen, sodass eine Radikaloperation nicht mehr tunlich war. Indessen will G. den Oberkiefer wegen der neuralgischen Schmerzen unter Schonung des Gaumensegels und der Zähne resezieren.

JONQUIÈRE.

24) **Kummer** (Genève). **Leontiasis ossea des rechten Unterkiefers.** *Société médicale de Genève. 1916.*

Diese seltene Geschwulstart ist histologisch nicht bösartig, aber progressiv und kann alle Knochen des Gesichts und Schädels ergreifen. Die Operation bestand in Einpflanzung eines sterilisierten Skelettunterkiefers in die frische Wunde. Dieser musste aber bald durch eine Hartgummiprothese ersetzt werden, welche sich gut hielt, sodass ein regelrechtes Kauen lange möglich war. Später trat Rezidiv ein. JONQUIÈRE.

25) **Fabian. Ueber einen Fall von Steckschuss im Bereich der Kaumuskulatur.** Aus der chirurg. Abt. „Hesterberg" des Reservelazaretts Schleswig. *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 39. S. 1342. 1915.*

Durch Röntgenaufnahme und aus den Störungen der Kaubewegungen konnte festgestellt werden, dass ein Infanteriegeschoss im Bereich der Mm. pterygoidei sich befand, während die Spitze in die Kieferhöhle hineinragte. Entfernung durch Operation vom Munde aus. Heilung. KOTZ.

26) **M. Viguerie. Beitrag zum Studium der chronischen Ethmoiditis. (Contribution à l'étude des ethmoïdites chroniques.)** *Dissert. Paris 1913.*

Beschreibung des Krankheitsbildes, ohne Neues zu bringen. OPPIKOFER.

27) **P. Stenger** (Königsberg). **Zur Technik der endonasalen Siebbeinoperation (einschliesslich Keilbein und Stirnhöhle).** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 46.*

Nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel und breiter Eröffnung der Bulla benutzt Verf. zur Abtragung der Wände der einzelnen Siebbeinzellen ein nach Art des Hartmann'schen Konchotoms sagittal gestelltes Konchotom; mittels desselben lässt sich auf gefahrlose und einfache Weise schnell das vordere wie das hintere Siebbeinlabyrinth ausräumen. Er beschreibt ferner die im Anschluss daran vorzunehmende Eröffnung der Keilbeinhöhle. Um auch die Stirnhöhle endonasal zu eröffnen, wurden zunächst die vorderen Siebbeinzellen exakt ausgeräumt. Es wird die vordere Wand der Bulla und anschliessend daran die nach vorn und oben gelegenen Frontalzellen eröffnet resp. völlig entfernt; damit ist die hintere untere Wand der Stirnhöhle breit eröffnet. Verf. sieht allen bisherigen Verfahren gegenüber die prinzipielle Bedeutung seiner Methode darin, dass durch die fast ausschliessliche Benutzung stumpfer Instrumente die Gefahr einer Nebenverletzung völlig beseitigt ist. FINDER.

28) **B. Hannemann. Ein Papilloma durum der Siebbein- und Keilbeingegend, mittels der Denker'schen Operation entfernt.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 1.*

Der Tumor sass mit seiner Basis an den Siebbeinzellen und der vorderen Keilbeinhöhlenwand fest; von dieser Ansatzstelle senkten sich Auswüchse in den mittleren und unteren Nasengang und nach hinten in die Choane hinein. Untersuchung eines probeexzidierten Stückes erregte Verdacht auf Karzinom, dagegen sprach der klinische Verlauf gegen Malignität. Der Tumor machte seit 2 Jahren Beschwerden und war seitdem langsam und gleichmässig gewachsen. Drüsen und Kachexie fehlten. Der Tumor liess sich mittels Denker'scher Operation leicht ent-

fernen. Verf. gibt ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes und Abbildungen dazu. Nach 10 Monaten war kein Rezidiv aufgetreten. FINDER.

29) **Charles M. Robertson** (Chicago, Ill.) **Entfernung der Ethmoidalzellen. (Ethmoidalexenteration).** *Annals of otology. Juni 1915.*

Ein dem Mosher'schen ähnliches Verfahren, nur dass die Zellen „absolut" obliteriert werden, und mit Erhaltung der mittleren Muschel. FREUDENTHAL.

30) **J. Leslie Davis** (Philadelphia, Pa.). **Ethmoiditis, deren vielfache Folgen und eventuelle Verhütung oder deren eventuelle Heilung in ausgesprochenen Fällen. (Ethmoiditis, its varies effects and their probable prevention; or when fully established, their possible cure.)** *Pennsylvania med. journ. Dez. 1915.*

D., der eingehende Studien auf diesem Gebiete gemacht hat, ist der Ansicht, dass Ethmoiditis schon in der frühesten Kindheit angetroffen werde, besonders sei dies der Fall zwischen dem 4. und 5. Lebensjahre. Intestinale Toxämie, die Exantheme u. s. w. spielten hierbei eine grosse Rolle.

Das Geruchsvermögen werde beeinträchtigt, wenn die hinteren Zellen ergriffen wären. In der Aetiologie der Ozaena, der Meningitis, gewisser Kopfschmerzen spiele die Ethmoiditis eine grosse Rolle. Das sog. bronchiale Asthma sei hauptsächlich das Resultat eben dieser Ethmoiditis (dieser letzteren Ansicht kann Ref. nicht beistimmen). Die Behandlung sollte im Original nachgelesen werden. Vaccine war häufig von Erfolg. FREUDENTHAL.

31) **Ralph Opdyke** (New York). **Sinusitis frontalis und maxillaris und deren Folgen, verursacht durch den Staphylococcus pyogenes albus. (Frontal and maxillary sinusitis and sequelae, due to staphylococcus pyogenes albus.)** *Med. Record. 1. Januar 1916.*

Ein sich über viele Monate hinziehender Fall von aussergewöhnlich schwerer Infektion mit dem sonst harmlosen Staphylococcus pyog. alb., bei dem zahlreiche Operationen (alles in allem 21) notwendig wurden, und bei dem schliesslich vollkommene Genesung eintrat. FREUDENTHAL.

32) **Otto T. Freer** (Chicago, Ill.). **Die intranasale Eröffnung des Sinus frontalis bei chronischen Eiterungen. (The frontal sinus; opening it through the nose for chronic suppuration.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

1. Im ersten, vorwiegend anatomischen Teil seiner Arbeit zeigt Freer die Wege, auf denen wir intranasal leicht die Stirnhöhle erreichen können. Er erwähnt kurz verschiedene Abnormitäten der uns interessierenden Topographie, um dann eine genaue Beschreibung des Ostiums der Stirnhöhle folgen zu lassen. Die Enge desselben ist bekannt, und man war bisher der Ansicht, dass das Ostium im gegebenen Falle nach vorne zu zu erweitern wäre. Dieser Ansicht tritt F. entgegen, da sie nur scheinbar eine grössere Sicherheit gewährt. Von den verschiedenen hierfür angeführten Gründen seien nur erwähnt, dass zunächst die erzielte Erweiterung des Ostiums auf diese Weise nur eine geringe ist. Der Gewinn aber, den man durch Wegräumung der vom Verf. sog. Cellulae foveales erzielt, ist ein viel grösserer. Er braucht nur leichte Küretten hierzu.

2. Das Operationsfeld. Beschreibung des Einblickes, den man gewinnt, wenn man von oben herab in die vordere Schädelhöhle blickt.

3. Beschreibung des intranasalen Zugangs zur Stirnhöhle, die durch gute Abbildungen, ebenso wie die anderen Kapitel illustriert sind.

4. Die Operation. Einführung einer Sonde in den Sinus front. Fr. braucht drei verschiedene Arten derselben (es ist wohl überflüssig zu sagen, dass die meisten von ihm erwähnten Instrumente auch von ihm angegeben sind). Dann beginnt die eigentliche Operation, deren erster Schritt die Freilegung des mittleren Nasenganges ist. Bei weiten Nasen ist die mittlere Muschel jedoch häufig so weit nach dem Septum zu verbogen, dass alle diese Teile frei zutage liegen, so dass man die ganze Operation am Sinus fr. machen kann, ohne selbst den vorderen Teil der mittleren Muschel entfernen zu müssen. In anderen Fällen jedoch muss eine der verschiedenen, angegebenen Methoden angewendet werden, um die Infundibulargegend frei zu legen. Dann bricht man in die Bulla ethmoidalis hinein und entfernt die vorderen Ethmoidalzellen vollständig. Dann folgt die Erweiterung des Ostiums. Zuweilen werden mit der Entfernung der vorderen Zellen auch die hinteren abgebrochen, und man hat sofort einen Zugang zum Ostium. Häufig aber ist ein festes Dach vorhanden und eine feste Decke. Um diese anzugreifen, benutzt Verf. seine Sondenkürette, die sich leicht einführen lässt, und beim Herausziehen nach unten und hinten schneidet. Damit hat man, wenn alles genau gemacht wurde, einen Zugang gewonnen, der vielversprechend ist. Sollte trotzdem ein Verschluss drohen, so empfiehlt F. die von ihm angegebenen Gummiröhren einzulegen. Die äussere Operation muss gemacht werden in Fällen, wo man eine gute Drainage erzielt hat und doch eine starke Eiterung fortdauert.

Die Lektüre dieser höchst interessanten, hier nur kurz referierten Arbeit ist sehr zu empfehlen. FREUDENTHAL.

33) **Levinger. Beitrag zur Topographie der Hypophysis, des Sinus cavernosus und der Carotis interna.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 10.*

Verf. erläutert in 3 Abbildungen ausgewählter Rasiermesserschnitte des entkalkten frisch der Leiche entnommenen Präparates die Lagebeziehungen von Keilbeinhöhle, Hypophysis, Carotis interna und Sehnerven zu einander. FINDER.

34) **Harry S. Gradle. Gefrierenlassen der unteren Muschel. (Freezing the inferior turbinate.)** *The Laryngoscope. August 1914.*

Für das Verfahren eignen sich die Muschelschwellungen, die auf Kokain und Adrenalin zurückgehen. Das Naseninnere wird gründlich anästhesiert. Zum Gefrieren wird Kohlensäureschnee benutzt; der lose Schnee wird in eine Form gepresst und geschnitten, so dass ein Zylindersegment von Kohlensäureschnee resultiert, das einen scharfen langen Rand hat. Dieses Segment wird mit einer Fasszange in die Nase eingeführt und der scharfe Rand ungefähr 20 Sekunden lang so gegen die Muschel gedrückt, wie man es mit dem galvanokaustischen Draht tut. Man sieht danach eine scharfe, mit Frostkrystallen besetzte Depressionslinie auf der Muschel. Man muss sich hüten, das Septum und den Naseneingang zu berühren. Es folgt so gut wie keine Reaktion auf den Eingriff. Gelegentlich muss das Verfahren nach

einiger Zeit wiederholt werden. Verf. ist mit dem Erfolg in 20 Fällen, in denen er die Methode angewandt hat, äusserst zufrieden. Die Muschel wird verkleinert, ohne dass es zu einem Verlust an Schleimhaut oder zur Bildung einer sichtbaren Narbe kommt. Rezidive sind bisher — auch nach Verlauf von 2 Jahren — nicht erfolgt. Verf. hält sein Verfahren der Kaustik für überlegen. EMIL MAYER.

35) **Armin Gundelach. Operationen im hinteren Teil der Nase mittels des Nasopharyngoskops. (Posterior nasal operation by means of the naso-pharyngoscope.)** *The Laryngoscope. Februar 1915.*

Verf. führt das Pharyngoskop in die Keilbeinhöhle ein und verschafft sich mittels desselben Kenntnis von der Ausdehnung der Höhle, dem Grad und Charakter der pathologischen Zustände in derselben, ob es sich um eitrige oder hyperplastische handelt. Besonders ist dies von Wichtigkeit, wenn die Höhle eröffnet ist wegen Kopfschmerzen und speziell jener Form von Kopfschmerzen, von denen man glaubt, dass sie in einer nicht-eitrigen Erkrankung der Höhle ihren Ursprung haben. So ist es z. B. möglich, in vielen Fällen den Verlauf des N. Vidianus am Nasenboden zu verfolgen; es markiert sich als eine Erhebung nahe der äusseren Wand. Ebenso kann man die zweite Teilung des V. Hirnnerven oft deutlich erkennen, ebenso den Canalis opticus und die Carotis. Verlängerungen der Keilbeinhöhle in den Proc. clinoid. anterior oder in den Proc. pterygoideus, die mit Sekret gefüllt sein können, sind auf ebendiese Weise diagnostiziert worden. EMIL MAYER.

36) **Gerhard Hutchinson Cocks. Verbesserter Glatzel'scher Spiegel. (Improved Glatzel mirror.)** *The Laryngoscope. März 1915.*

Folgende Faktoren beeinflussen die Atemflecke: Temperatur und Feuchtigkeit der expirierten Luft, Veränderungen in den Luftwegen, Temperatur des Raumes, in dem die Probe angestellt wird, die genaue Zeitabpassung — Verf. zieht nach 30 Sekunden die Umrisse der Atemflecke mit einem Wachsstift nach —, ferner die Position, in der die Metallplatte gehalten wird, und schliesslich die Veränderlichkeit in der Temperatur der Platte. Auch die Lungenkapazität beeinflusst die Grösse der Atemflecke; sie sind daher bei Erwachsenen grösser als bei Kindern, bei Männern grösser als bei Frauen. EMIL MAYER.

37) **Charles E. Dressler** und **Alfred Kahn** (New York). **Ein idealer nasolaryngealer Inhalationsapparat. (An ideal nasolaryngeal inhaler.)** *Med. Record. 11. Dezember 1915.*

Der Apparat besteht aus einem Becher, 2 Tuben für die Nase und einem Mundstück. Im Becher sind 2 Ventile. Das eine kontrolliert die Oeffnung in die Tuben: Die eingeatmete Luft streicht durch den Becher, wird dort gereinigt und mit einem betr. Medikament saturiert. Bei der Exspiration durch das Mundstück und durch das untere Ventil geht die Luft dann nach aussen. FREUDENTHAL.

38) **Henry Lowndes Linah. Ein neues zweiblättriges Spekulum.** *The Laryngoscope. September 1915.*

Dieses Spekulum hat Entenschnabelform und besitzt eine Oberkieferplatte von Messing und einen Zungenspatel von Stahl. Es ist mit zwei gestielten Lichtern versehen. OTTO FREER.

39) **Lublinski** (Berlin). **Gaumenhochstand und adenoide Vegetationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. 1916.*

Bei hohem engen Gaumen und Rachenmandel können die Mundatmung und ihre Schäden erst durch eine der Entfernung der Rachenmandel nachfolgende kieferorthopädische Behandlung des Gaumens und der Nase beseitigt werden. Der hohe Gaumen ist nach den Untersuchungen R. Landsberger's (s. Berl. Kl. W. 1914, No. 36, S. 1613), denen sich L. anschliesst, schon beim Embryo in seiner Anlage vorhanden und hat seinen Grund in einer anormalen Lage (zu tiefe Lagerung) des Zahnkeims. Durch diese Tieflage wird der Zahnfortsatz des Oberkiefers verlängert, so dass demnach der hohe Gaumen eigentlich nur vorgetäuscht ist. Auf jeden Fall wird durch diese Abweichung das bis zum 7. Lebensjahr erfolgende allmähliche Tiefertreten der unteren Nasenmuschel und des Nasenbodens verhindert. So ist das Atmungshindernis in der Nase zu erklären; durch die adenoiden Vegetationen wird es lediglich verstärkt. Die Behandlung hat nach Entfernung der adenoiden Vegetationen in der kieferorthopädischen Dehnung des Gaumens und der Nase zu bestehen. HOFFMANN.

40) **Blumenthal. Beiträge zur Lehre von der Rachenmandel.** *Zeitschr. für Ohrenheilk. Bd. 71. S. 116.*

Die anatomische Studie kommt zu folgenden Schlüssen: „1. Knöcherne Hindernisse bei der Adenotomie sind in erster Linie Exostosen an der Pars basalis des Schädels. 2. Die Bedeutung der Rachenmandel für die Behinderung der Nasenatmung ist zum Teil abhängig von der Grösse des Winkels zwischen Pars basilaris des Hinterhauptbeins und Vomer (äusserer Basalwinkel).“ KOTZ.

c) Mundrachenhöhle.

41) **Angelo Cesare Bruni. Ueber Ursprung und Entwicklung des Pharynx-Hypophysisstiels. (Sull' origine e sullo sviluppo del peduncolo faringoipofisario.)** *Arch. ital. di otologia. April 1914.*

Arbeit entwicklungsgeschichtlichen Inhalts, der sich zur Wiedergabe in Form eines Referates nicht eignet. CALAMIDA.

42) **Z. A. Brailovski-Lounkevitch. Beitrag zum Studium der gewöhnlichen Bakterienflora der normalen Mundhöhle. (Contribution à l'étude de la flore microbienne habituelle de la bouche normale.)** *Annales de l'inst. Pasteur. Bd. 29. No. 8. 1915.*

Verf. studiert die Bakterienflora beim Säugling, dem Kinde von 1—14 Jahren, dem Erwachsenen. Beim Kind ist die Mundhöhle in den ersten Jahren nach der Geburt steril, sehr schnell aber treten zahlreiche Mikroorganismen auf, besonders der Streptococcus salivaris und seine Abarten. Die anderen Mikroorganismen treten nur akzidentell auf. Die gewöhnliche Flora ist fakultativ aerob oder anaerob, nur sehr selten findet man einen strikt anaeroben Mikroorganismus, den Parvulus. Sobald die Zähne erscheinen, ändert sich der Charakter der Flora und es treten zu der gewöhnlichen Flora des Neugeborenen strikte Anaeroben (Streptothrix buccalis, Spirillen usw.). Die Flora bei Kindern, die ihre Zähne haben, und bei normalen

Erwachsenen ist identisch; sie ist in den verschiedenen Regionen der Mundhöhle verschieden und gleicht sich bei den verschiedenen Individuen in den entsprechenden Regionen. Verf. hat in normalen Mundhöhlen, die gut gepflegt waren, keine wahren proteolytischen Bakterien gefunden, jedoch hat er pathogene Arten von abgeschwächter Virulenz beobachtet.

FINDER.

43) **W. Wolff** (Berlin). **Stomatitis mercurialis durch Amalgamfüllungen.** *Derm. Zentralbl. Bd. 19. H. 7. 1916.*

In einem Falle (30jährige Frau), bei der fast jeder Backzahn mit einer grossen, bis unter das Zahnfleisch reichenden Amalgamfüllung gefüllt war, hatte sich eine typische Stomatitis mercurialis entwickelt. Nach Entfernung der Amalgamfüllungen und Ersatz durch Goldkronen und Goldeinlagefüllungen war mit Beendigung dieser Behandlung die Stomatitis verschwunden. Wahrscheinlich war das Amalgam fehlerhaft zusammengesetzt worden.

SEIFERT.

44) **Rumpel. Mundseuche.** Aerztl. Verein Hamburg, Sitzung vom 4. Jan. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 124. 1916.*

In einem Russenlager trat eine eigenartige Mundseuche auf, welche nach 5 Tagen ihren Höhepunkt mit 420 Erkrankungen erreichte und nach 5 Wochen erlosch. Beginn mit Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit, Leibschmerzen, Verstopfung, darauf schwere ulzero-purulente Stomatitis mit äusserst widerlich süssem Geruch und starker Salivation. In schweren Fällen zeigten sich Pseudomembranen, besonders in den Backentaschen, sowie Drüsenschwellungen, ferner Milz- und Leberschwellung. Fieber bis 39°. In einigen Fällen am 2.—4. Krankheitstage ein Masern oder Scharlach ähnliches Exanthem mit nachheriger kleienförmiger Schuppung. Dabei zuweilen Hämorrhagien, einmal Miliaria cristallina. Kein Todesfall. Etwa ein Drittel der Lagerinsassen erkrankte nicht. Nach Ausschluss der in Betracht kommenden Krankheitszustände wird als Ursache der Erkrankung eine Allgemeininfektion sui generis angenommen, die ihre Entstehung einem wahrscheinlich durch die Nahrung aufgenommenen Gift verdankt, das bei seiner Ausscheidung die Stomatitis erzeugte. In der Diskussion weist Korach darauf hin, dass ähnliche Beobachtungen, dass die Nahrung die Ursache in solchen Fällen sei, in französischen Militärlazaretten gemacht worden seien. Er selbst konnte in 2 von ihm beobachteten ähnlichen Epidemien (das eine Mal nur Kinder betroffen) die Milch bzw. das Fleisch, das jeweils aus derselben Quelle stammte, als Ursache nachweisen.

R. HOFFMANN.

45) **Petges, Rocher** und **Peyri. Retrolinguale Angina phlegmonosa; septische Phlegmone suprahyoidea. (Angine phlegmoneuse rétro-linguale; phlegmon septique sushyoïdien.)** *La Presse médicale. p. 175. 17. April 1916.*

Bericht über 2 Fälle, von denen bei dem einen spontane Oeffnung erfolgte, während in dem anderen, der sich innerhalb 48 Stunden bei leichter Temperatursteigerung (nicht über 38,5) entwickelte, Dysphagie und Suffokationserscheinungen, Oedem der Zunge und des Mundbodens, Oedem in der Submaxillar- und besonders der Suprahyoidregion auftraten. Auf der Zungenbasis war eine sehr schmerzhafte nicht fluktuierende Schwellung. Bei Inzision entleert sich reichlich Eiter; man

gelangt in eine sich bis zum rechten Zungenbeinhorn erstreckende Abszesshöhle. Heilung; jedoch besteht noch 4 Wochen lang Albuminurie. FINDER.

46) **Müller** (Lehe). **Der klinische Nachweis der okkulten Herdquelle bei Infektionskrankheiten durch Tonsillenmassage.** *Med. Klinik. No. 19. 1916.*

Die „probatorische Mandelmassage“ soll unter Kontrolle von Puls und Temperatur mit dem Finger vorgenommen werden. SEIFERT.

47) **Edward C. Rosenow** und **V. H. Moon. Eine Anginaepidemie und die Giftigkeit der von der als Ursache verdächtigen Milch isolierten Streptokokken. (On an epidemic of sorethroat and the virulence of streptococci isolated from the milk.)** *The journ. of infectious diseases. Juli 1915.*

Die dem Halse der Erkrankten entnommenen Streptokokken machten auf Blutagar grosse, feuchte Kolonien mit hämolytischer Umgrenzung. Ganz gleiche Kulturen wurden von der verdächtigen Milch erhalten. Nach Pasteurisation des weiteren Milchzuganges hörte die Epidemie auf. FREUDENTHAL.

48) **Döbeli** (Bern). **Zur Aetiologie der Angina der Kinder.** *Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 15. 1916.*

Verf. bespricht ziemlich eingehend die Angina lacunaris der Kinder über einem Jahr. Er führt dieselbe auf Verdauungsstörungen zurück, wie dies schon früher die innere Medizin tat. Zugleich nimmt er auch für diese Fälle eine exsudative Diathase an, welche ebenfalls mit gastrischen Störungen vergesellschaftet sei. Dieser Aetiologie entsprechend heile die Angina lacunaris am schnellsten mit „Teediät und energischen Laxantien.“ Gurgeln lässt er natürlich von Anfang an, aber, wo die Kinder noch nicht gurgeln können, verordnet er 2 proz. Spray mit 2 proz. Perhydrol. Bei der Disposition der Kinder zu Angina lacunaris warnt er vor reichlichem Genuss rohen Obstes, namentlich bei nüchternem Magen. JONQUIÈRE.

49) **H. Hallarman** (New York). **Pharynxstenose. (Pharyngeal stenosis.)** *New York med. journ. 25. Dezember 1915.*

Bei einem Kinde von 7 Wochen fühlte man an der hinteren Pharynxwand, entsprechend dem 5. oder 6. Halswirbel eine scharfe konische, dem Gefühle nach harte Projektion. Die Epiglottis war frei. Röntgenologisch wurde keine Dislokation oder Fraktur der Wirbel gefunden. Die Thymusdrüse wurde entfernt (weshalb?, Ref.), aber mikroskopisch nichts Abnormes konstatiert. Trotzdem leichte Besserung des Atmens, aber nach einigen Monaten Exitus let. infolge von Pneumonie. Die Diagnose „Pharynxstenose“ wurde von einem Kinderarzt gestellt. (Vielleicht wäre es besser gewesen in einem solchen Falle zum mindesten die Trachea von einem Laryngologen untersuchen zu lassen. Ref.) FREUDENTHAL.

50) **Axhausen. Zur operativen Behandlung der hochgradigen supralaryngealen Pharynxstenosen. (Mit Krankenvorstellung.)** Berliner med. Gesellsch., Sitzung vom 12. Januar 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. S. 149. 1916.*

Vorstellung zweier Fälle von hochgradiger supralaryngealer Pharynxstenose, die als Kanülenträger in Behandlung traten und durch einen radikalen operativen

Eingriff (Pharyngotomia externa und nachfolgende Lappenplastik) von ihrer Stenose befreit wurden. Nach dem laryngoskopischen Befund ist eine Wiederkehr der Stenose ausgeschlossen. Bezüglich der Details des operativen Vorgehens sei auf das Sitzungsprotokoll verwiesen.

R. HOFFMANN.

51) **Horgan. Primäre Tuberkulose des Pharynx und des Larynx bei einem 69jähr. Mann.** *The journ. of laryng., rhinol. and otol. XXXI. No. 1. 1916.*

Pat. ist seit 2 Monaten heiser und dysphagisch. Die Untersuchung des Pharynx zeigt, dass die rechte Tonsille vergrössert und gerötet ist und eine vertikal verlaufende Fissur zeigt. Die Aryknorpel, die ary-epiglottischen Falten, sowie die Epiglottis waren ödematös, die Stimmbänder, die nur in den hinteren zwei Dritteln schwer sichtbar waren, schienen infiltriert. Untersuchung eines von der Epiglottis und der rechten Mandel entnommenen Stückes ergab Tuberkulose mit Riesenzellen und käsigen Herden. Die rechte Mandel wurde enukleiert, die Epiglottis amputiert, der Zustand des Pat. verschlechterte sich zusehends und er ging nach 2 Monaten zugrunde. Veränderungen an den Lungen fehlten völlig.

FINDER.

52) **Norman E. Titus** (New York). **Ein Saugzungenspatel. (A suction tongue depressor.)** *Med. record. 27. November 1915.*

Ein Zungenspatel, der mit einem Saugapparat in Verbindung steht und dessen Teile natürlich hohl sind, dient diesem Zweck. Die Oeffnungen gehen nach oben, um nicht die Zunge anzusaugen.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

53) **Bericht des Gesundheitsamts von Charleston (South Carolina): Durch Kontakt mit Diphtheriekranken zu Diphtheriebazillenträgern gewordene nichtinfizierte Menschen. (The contact in diphtheria.)** *Journ. of the South Carolina medical association. G. McF. Mood. August 1915.*

Unter 98 Kontaktpersonen waren 47 Träger virulenter Diphtheriebazillen. Dieselben verschwanden in 7 bis 158 Tagen. Die Durchschnittszeit, während welcher durch Berührung mit Diphtheriekranken zu Trägern gewordene Personen Bazillen beherbergten, war 16,5 Tage.

FREER.

54) **Netter. Die Zufälle nach Reinjektion von Serum und die präventiven Einspritzungen von Antidiphtherieserum. (Les accidents consécutifs aux réinjections de sérum et les injections préventives de sérum antidiphthérique.)** *Académie de médecine de Paris. 25. April 1916.*

Auf Grund von Versuchen, die zeigten, dass bei Tieren, welche schon früher Injektionen von Pferdeserum erhalten hatten, Antitoxine, die man mittels neuer Injektionen einverleibte, sehr schnell ausgeschieden wurden, glaubte man sich zu der Annahme berechtigt, dass eine Seruminjektion die Wirksamkeit späterer Injektionen herabsetzt. Verf. hat an 123 Diphtheriekranken, die bereits früher zu therapeutischen oder prophylaktischen Zwecken Injektionen erhalten hatten, die Erfahrung gemacht, dass diese Annahme nicht berechtigt ist. Verf. empfiehlt jedoch für Reinjektionen und selbst für die ersten Injektionen sich der Methode von Besredka zu bedienen, die darin besteht, dass zuerst nur minimale Quantitäten von Serum injiziert werden.

Was die Wirksamkeit der Präventivimpfungen anbelangt, so hat Verf. sie bei 2582 Injektionen, die er in den Schulen des Seine-Departements gemacht hat, von neuem erprobt. FINDER.

55) **Emanuel Mandolfo. Die Prophylaxe der diphtherischen Lähmungen. (La profilassi delle paralisi difteriche.)** *Il Morgagni. No. 11. 1915.*

In den meisten Fällen beruhen die postdiphtherischen Lähmungen nicht auf schweren und irreparablen Veränderungen am Nervensystem, sondern vielmehr auf einem Zustand nervöser Asthenie und muskulärer Hypotonie. Seine Behandlung basiert auf der tonischen Wirkung, die das Strychnin auf das Nervensystem ausübt. Um diese Wirkung festzustellen, hat Verf. an Kaninchen experimentiert. Nachdem er die Maximaldosis des Strychnins für die Versuchstiere festgestellt hatte, spritzte er den Kaninchen Diphtherietoxin oder Kulturen von Diphtheriebazillen mit oder ohne gleichzeitige Injektion von Strychnin ein. Er fand, dass bei den Tieren, denen gleichzeitig Strychnin injiziert war, nur halb so viel Lähmungen auftraten, als bei den nicht so behandelten, ferner dass bei den ersteren die Zahl der tödlich verlaufenen Fälle weit geringer war, als bei den letzteren. Er hat dann diese Methode beim Menschen angewandt und hat auf Grund seiner nicht zahlreichen Versuche gefunden, dass sie ebenso prompt wie sicher wirkt. Man muss die Strychnininjektionen von Anfang an machen und sie 20 Tage lang fortsetzen. Die maximale Tagesdosis darf bei Erwachsenen 4—5 mg, bei Kindern von 5 bis 10 Jahren 1—2 mg nicht übersteigen. FINDER.

56) **Reiche. Zerebrale Meningitis bei Diphtherie.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 11. Januar 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 125. 1916.*

Demonstration des betreffenden Präparats. In dem meningealen Exsudat fanden sich neben Streptokokken auch Diphtheriebazillen. Intra vitam Nasendiphtherie und meningitische Erscheinungen. Lumbalpunktion enthält erst beim dritten Mal Streptokokken. Zweimal war es steril. R. fand unter 8000 Diphtheriefällen achtmal Meningitis. Zweimal ging die Meningitis serosa in Heilung über, die übrigen Male handelt es sich um Sekundärinfektionen mit Meningo-Pneumo- und anderen Kokken. Der Uebertritt von Diphtheriebazillen in den Liquor ist bisher nur an der Leiche nachgewiesen. R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

57) **Karl Beck. Ueber Aplasie der Epiglottis.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 249.*

Fall von angeborenem völligem Fehlen der Epiglottis, gefunden an einem Leichenpräparat. Auch in den ventralen Gebieten zwischen Zungenbein und vorderer Stimmbandkommissur ist kein Teil des Epiglottisstiels sicht- oder tastbar. An Stelle der Epiglottis fand sich eine quer verlaufende seichte Furche; im übrigen ging die Zungenbasis ganz allmählich in die Taschenbänder über. Eine Andeutung von Plica glosso-epiglottica media war in Gestalt einer feinen Leiste vorhanden. FINDER.

58) **G. Canuyt** (Bordeaux). **Die Kriegsverletzungen des Larynx und der Trachea. (Les blessures de guerre du larynx et de la trachée.)** *Journ. de médecine de Bordeaux. No. 5. 1916.*

Verf. macht zunächst auf die Seltenheit der Kriegsverletzungen des Larynx

und der Trachea aufmerksam. Guisez hat in 5 Monaten unter 720 Verletzungen des Kopfes und Halses nur 17 Verwundungen des Larynx und 2 der Trachea gesehen. Er erinnert ferner an die Tatsache, dass bisweilen ein auffallendes Missverhältnis besteht zwischen der Verletzung und den Symptomen, wodurch erklärt wird, dass man plötzlichen Tod nach einfacher Commotio des Larynx beobachtet hat.

Die Störungen, die nach Kehlkopfverletzungen auftreten, teilt Verf. in folgende drei Kategorien ein: Neuropathische Störungen; extralaryngeale Verletzungen (Nerven, Gefässe, Muskeln); Verletzungen des Kehlkopfgerüstes oder der Muskeln. Zu der ersten Kategorie rechnet er die Fälle, wo ohne Verletzung des Kehlkopfs neuropathische Störungen an demselben auftraten (Aphonie, Mutismus); er bespricht die oft sehr zweifelhafte Prognose dieser Fälle und rühmt die guten Resultate, die Moure in Bordeaux erzielt habe, der daselbst ein „Centre de Rééducation phonétique et auditive" geschaffen habe. Unter den extralaryngealen Verletzungen bespricht er besonders die des N. recurrens. Ausser der Lähmung durch Verletzung des Nerven komme auch eine „einfache Kontusion" desselben vor, die sich in einer leichten Atonie mit keuchhustenartigem Husten kundgebe. C. hat 8 Fälle von Verletzung des Recurrens, 3 von Verletzung des Vagus gesehen, ferner einen Fall von Durchtrennung des Hypoglossus und Vagus bei demselben Individuum. Bei den Verletzungen des Kehlkopfgerüstes und der Schleimhaut unterscheidet Verf. die Commotio oder Contusio laryngis von den penetrierenden Wunden; bei den letzteren wird sehr häufig die Tracheotomie nötig. In den meisten Fällen führen die penetrierenden Kehlkopfwunden zu einer Narbenstenose, deren Behandlung mittels Kautschukdilatation oder auf operativem Wege (Tracheostomie, Laryngostomie) zu bestehen hat.

Am Schluss seiner Arbeit bespricht C. die Wirkung der erstickenden Gase auf Larynx und Trachea. Er hat bei Soldaten, die unter Gaswirkung gelitten hatten, ausser Conjunctivitis und Rhinitis auch Laryngitiden und Laryngo-Tracheitiden gesehen, die sich in nichts von den gewöhnlichen akuten Entzündungen dieser Teile unterschieden.

FINDER.

59) **Körner. Drei Verletzungen des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. H. 2. S. 65.*

Fall 1. Gewehrschuss durch den Kehlkopf und Schlund unterhalb der Stimmbänder von rechts vorn nach links hinten. Ungestörte spontane Heilung.

Fall 2. Gewehrschuss rechts durch Unterkiefer und Hals, den Kehlkopf streifend. Heilung und Ankylose des rechten Giessbecken-Ringknorpelgelenkes.

Fall 3. Gewehrschuss in die rechte Gesicht- und Halsseite mit Verletzung des Nervus vagus, des N. accessorius Willisii und des N. hypoglossus.

Verf. fügt den 3 Fällen eine sehr sorgfältige Epikrisis bei und weist auf die sowohl für die eventuelle Behandlung als auch für die wissenschaftliche Verarbeitung nicht gerade günstige Tatsache hin, dass sie erst am 13., 26. bzw. 55. Tage nach der Verletzung laryngoskopisch untersucht werden konnten.

KOTZ.

60) **Körner. Weitere Erfahrungen über Kriegsverletzungen des Kehlkopfes und des Nervus vagus.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. H. 3. S. 125.*

Nachtrag zu Fall 3 (siehe oben). Der Fall, bei dem zwecks Nervennaht eine operative Freilegung gemacht wurde, wobei man aber die Nerven makroskopisch intakt fand, lehrt, dass am Nerven vorbeigehende Schüsse, ohne sichtbare Verletzungen zu machen, eine plötzliche und dauernde Lähmung hervorrufen können.

Fall 4. Schuss durch Hals und Schulter mit Vaguslähmung. Auch hier ist Fernwirkung anzunehmen.

Fall 5. Schuss durch die rechte Kleinhirnhälfte von hinten nach vorn mit gleichseitiger Lähmung der Nervi acusticus, glossopharyngeus, vagus und hypoglossus. Auch hier zum Teil indirekte Nervenschädigungen.

Fall 6 und 7. Subkutaner Streifschuss des Schildknorpels. Trotzdem in diesen beiden Fällen die Kehlkopfschleimhaut zerrissen sein musste, fehlten Blutungen in den Kehlkopf.

KOTZ.

61) **M. Lubinski** (Berlin). **Ein Fall von Steckschuss im Kehlkopf.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 105. 1916.*

Das Geschoss, ein Mantelreisser, lag vor der Speiseröhre, etwa in der Höhe des VI. Halswirbels, links von der Mittellinie, in einem Raume, dessen Grund von der hinteren Platte des Ringknorpels gebildet wurde. Es wurde erst bei einer zweiten Operation entfernt, nachdem drei Tage vorher die Tracheotomie notwendig gewesen war. Wesentlicher laryngoskopischer Befund: Linkes Stimmband unbeweglich, Regio arytaenoidea links stark geschwollen, hat ihre normale Form und Nivellierung vollständig verloren. Nach Entfernung des Projektils liessen die Schluckbeschwerden nach, ebenso die Schweratmigkeit und das laute stridoröse nächtliche Schnarchen. Patient konnte geheilt entlassen werden.

R. HOFFMANN.

62) **Elze. Ueber die typische Verlaufsanomalie des Nervus laryngeus inferior dexter usw.** Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg, Sitzung vom 21. Juni 1914. *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. S. 1674. 1914.*

Die Varietät besteht darin, dass der Nervus laryngeus inferior dexter infolge der abnormen Entstehung der Arteria subclavia dextra aus dem distalen Ende der Aortenwurzel nicht rückgängig ist, sondern unmittelbar vom Stamm des Nervus vagus zum Kehlkopf zieht. An der Hand des Präparates eines hierher gehörigen Falls werden die zugrunde liegenden Entwicklungsvorgänge der Kiemenarterienbögen besprochen.

R. HOFFMANN.

63) **E. Siebenmann** (Basel). **Ein- und gleichzeitige Lähmung der Vagus-Accessorius-Glossopharyngeus-Gruppe als Folge von Schädelbruch, von Erhängungsversuch und von Sinusthrombose.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 114.*

Verf. berichtet über einen Fall, bei welchem infolge eines heftigen Stosses vor den Kopf mit seitlicher Schädelkompression sofort und ohne vorausgegangenen Verlust des Bewusstseins reichliche Schleimsekretion in Mund und Hals sowie eine gleich- und einseitige Lähmung der Schlundmuskulatur, des Stimmbandes, des M. cucullaris und sternocleido-mastoideus und eine beiderseitige nicht ganz

sicher festzustellende Herabsetzung des Geschmackvermögens eintrat. Verf. teilt dann in einer Tabelle noch XI Fälle von derartigen kombinierten Lähmungen nach Trauma mit, die er aus der Literatur zusammengetragen hat; acht davon sind dem seinigen völlig parallel, während in den drei anderen die Lähmung des äusseren Accessoriusastes fehlt. Verf. gibt eine ausführliche Analyse der Fälle und bespricht besonders eingehend die Frage der Beteiligung des Accessorius und Vagus an der Larynxinnervation.

Vier Fälle hat Verf. in der Literatur gefunden, in denen die Lähmung der Vago-Accessoriusgruppe nicht durch Schläge auf den Kopf, sondern durch Aufhängen am Kopf oder Hals herbeigeführt wurde. Sehr selten scheint die Lähmung der Vago-Accessoriusgruppe durch Sinusthrombose des Bulbus jugularis zu sein; Verf. berichtet über einen solchen Fall eigener Beobachtung. FINDER.

64) **G. Guillain** und **J. A. Barré. Multiple Hirnnervenlähmung. (Paralysies multiples des nerfs crânieux.)** *La Presse médicale. No. 25. 1916.*

23jähriger Mann, bei dem seit 10 Monaten sich nacheinander Lähmungen zahlreicher Hirnnerven der einen Seite entwickelt haben. Zuerst trat Taubheit ein; Luft- und Knochenleitung sind aufgehoben, der Vestibularnerv ist intakt geblieben. Es besteht ferner fast völlige Ophthalmoplegia interna und externa des linken Auges. Das Gaumensegel ist auf der linken Seite gelähmt, das linke Stimmband steht unbeweglich in Mittelstellung, ferner ist der linke Sternolkeidomastoideus und Trapezius gelähmt. Der Vagus scheint nicht betroffen. Als Ursache ist ein sarkomatöser Tumor anzusprechen, der hinter dem Sternokleidomastoideus seinen Sitz hat und sich bis zur Schädelbasis verfolgen lässt. FINDER.

65) **H. Hoessly. Ueber Nervenimplantation bei Rekurrenslähmungen.** *Beiträge z. klin. Chir. Bd. 99. S. 186. 1916.*

Nach Experimenten an 3 Hunden, von denen 2 gelangen, empfiehlt H. auch beim Menschen in Fällen von Rekurrenslähmung, wo die Wiederherstellung einer vernehmbaren Stimme ausbleibt, die Neurotisation (Nervenpfropfung) vorzunehmen. Es würde sich darum handeln, einen Ast des N. accessorius dem Sternokleidomastoideus zu entnehmen und ihn nach Anlegung eines Fensters in der Schildknorpelplatte in M. thyreo-arytaenoideus oder M. crico-arytaen. lateralis mittelst Katgut einzunähen. Die Wiederherstellung der Funktion dieser Adduktoren würde, wenn auch nicht zu einer völligen Wiederherstellung der Stimmbandbewegung, so doch zu einer Fixation des Stimmbands in der Mittellinie bei der Phonation führen, bei der ja, wie wir aus dem Bild der Portikuslähmung wissen, eine gute Stimmbildung möglich ist. H. hat allerdings bis jetzt beim Menschen diese Operation noch nie ausgeführt. DREYFUSS (STRASSBURG).

e II) Stimme und Sprache.

66) **Karl Weinberg. Bericht über die Untersuchungen der stotternden Kinder in Stockholms Volksschulen nebst ihrer Behandlung. (Redogörelse för undersökningar rörande stammande barn i Stockholms folkskolor af deras behandling [1909—1912]). Die Verhandlungen der Volksschulen in Stockholm 1914/3. Schulhygienische Untersuchungen. II. (Stockholms folkskolors handlingar 1914/3. Skolhygieniska undersökningar II.)**

Verf. hat in den Jahren 1909—1912 seine Aufmerksamkeit dem Vorkommen

des Stotterns bei den Kindern der Volksschulen in Stockholm gewidmet und zu gleicher Zeit Versuche gemacht, eine wissenschaftliche Behandlung dieses Sprachübels zu organisieren; um eine solche anordnen zu können und um das Interesse der Lehrerschaft für diese Angelegenheit zu wecken, hat er Vorlesungen über die Geschichte, das Wesen, die Ursache und Bedeutung dieser Sprachstörung gehalten.

Unter 25513 Schulkindern hat er 256 (1,003 pCt.) Stotterer gefunden; von diesen waren 177 Knaben und 79 Mädchen, d. h. resp. 69,1 pCt. und 30,8 pCt.; 97 konnten als schwer, 159 als leicht stotternd betrachtet werden; 49 — 19,1 pCt. von den Stotternden waren von herabgesetzter Intelligenz.

Im Jahre 1909 wurden 23 Stotterer 7 Wochen von Lehrerinnen wegen dieser Sprachkrankheit nach der vom Verf. etwas modifizierten Gutzmann'schen Methode und zwar mit ziemlich gutem Erfolg behandelt.

Auf Grund gewonnener Erfahrung glaubt Verf. den Schulbehörden folgende Vorschläge für die Behandlung der stotternden Kinder machen zu können:

Die Gutzmann'sche Methode eignet sich zur Einführung in Stockholms Volksschulen; um sie den Kindern zugänglich zu machen, wird angeordnet die Einrichtung von Spezialklassen mit permanenter Behandlung oder obligatorischer Kurse mit jede Woche wiederkehrenden Probeübungen; diese Kurse, die 3 Monate dauern müssen, werden sprachheilkundigen Lehrern anvertraut. Eine genügende Anzahl von solchen Lehrern wird von einem Spracharzt ausgebildet.

In den folgenden Jahren hat Verf. seine Arbeit mit der Behandlung des Stotterns in den Volksschulen fortgesetzt; er scheint jedoch mit dem Erfolg nicht besonders zufrieden zu sein, hauptsächlich, weil die Besuche der stotternden Kinder sehr unregelmässig gewesen sind. Unter der Lehrerschaft hat er jedoch ein grosses Interesse für diese Angelegenheit gefunden und zahlreiche Lehrer sind für die Behandlung dieser Sprachkrankheit von ihm ausgebildet worden.

E. STANGENBERG.

67) **H. Gutzmann** (Berlin). **Stimm- und Sprachstörungen im Kriege und ihre Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 154. 1916.*

Die Erfahrungen des Verf. (s. a. dieses Centralblatt Seite 120) erstrecken sich in dieser Arbeit auf 200 Fälle. Es werden drei Gruppen von Stimm- und Sprachstörungen unterschieden: solche, deren Entstehung auf äussere Verletzungen (Geschosse, blanke Waffe) zurückzuführen sind, solche, die durch innere Verletzung (nach schweren Verschüttungen mit sofort eingetretenem, länger andauerndem Bewusstseinsverlust), endlich solche, die „durch Erkrankung" entstanden sind. Nimmt man Gruppe 1 und 2 zusammen und stellt ihnen Gruppe 3 gegenüber, so ist das Prozentverhältnis 65 zu 35 pCt., d. h. innere und äussere Verwundungen waren viel häufiger als Entstehungsursache als Erkrankungen. Das Verhältnis von Gruppe 1 zu Gruppe 2 plus 3 ist 35 zu 65 pCt., das von Gruppe 1 zu 2 zu 3 wie 35 pCt. zu 30 zu 35.

Sogenannte reine hysterische Stimm- und Sprachstörungen (Lalopsychosen) sind in Gruppe 3 selten. Sie finden sich wohl stets bei schwer belasteten prädestinierten Individuen.

Die Behandlung soll neben der spezialistischen stets auch eine allgemein ärztliche sein. Erstere darf, insbesondere bei kriegsverletzten Aphasischen, erst einsetzen, wenn alle übrigen krankhaften Erscheinungen seitens des Gehirns verschwunden sind.

Bezüglich der Einzelheiten der sehr interessanten Arbeit sei auf das Original verwiesen.

Den Schluss der Ausführungen bildet eine Kasuistik von Fällen, deren Stimm- und Sprachstörungen durch Schussverletzungen entstanden sind. Es handelte sich dabei um eine Verletzung der Sprachzentren, der zentralen Neurone und Leitungsbahnen, der peripheren Neurone und endlich des äusseren Sprechmechanismus (Knochen, Knorpel, Muskeln usw.).

R. HOFFMANN.

68) **L. Pollak** (Graz). **Zur Behandlung der hysterischen Aphonie Kriegsverletzter.** *Med. Klinik. No. 20. 1916.*

In einem Fall von hysterischer Aphonie prompter Erfolg von dem Urbantschitschen Verfahren, das in der Friedenspraxis auf jene hartnäckigen Fälle beschränkt werden solle, die mit anderen, schonenderen Methoden nicht geheilt werden können. Für die kriegsärztliche Praxis dürfte die Urbantschitsche Methode zur Methode der Wahl erhoben werden.

SEIFERT.

69) **Gumpertz. Hysterische Sprachstörung.** Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankh., Sitzung vom 10. Januar 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. S. 290. 1916.*

Die Sprachstörung entstand bei einem Soldaten, dem nach einem früheren Trauma ein Gewehrschuss am rechten Ohr vorbeiging. Beim Sprechen kommt es zu ausgedehnten krampfartigen Mitbewegungen des Kopfes nach der linken Seite.

R. HOFFMANN.

66) **Prof. Dr. Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Kurze Anleitung zur Erlernung einer richtigen Tonbildung in Sprache und Gesang.** Frankfurt a. M. 1916. Verlag von Johannes Alt. 21 S. Preis 1 M.

Empfehlung der von Spiess und K. G. Hermann geübten Summ-Methode, d. h. des Summens auf klingenden Konsonanten in höherer Lage als gewöhnlich gesprochen wird. Im Gegensatz zu anderen Autoren nimmt Spiess als die günstigste Sprechlage einen Ton „ungefähr drei bis vier Töne unter der Mitte des Stimmumfanges“ an und rät Rednern mit phonasthenischen Erscheinungen, „die Sprechlage um einige Töne höher zu nehmen (!)“. Nachdrücklich wird auf deutliche Aussprache hingewiesen. Die Ausführungen über die Tonhöhe der Sprechstimme stimmen mit den Ergebnissen der phonetischen Forschung nicht überein.

NADOLECZNY.

67) **Josef Manas. Korrekte Aussprache.** *Stimme. Oktober 1915. Bd. 10. H. 1.*

Obwohl es keine absolut gültigen Sprachgesetze gibt, so muss doch, bevor man singen lernt, die Sprechkunst geübt werden, wobei man sich im grossen und ganzen an die Schrift halten und „in zweifelhaften Fällen das für den Wohlklang gebildete Ohr entscheiden lassen muss, welche Erleichterungen in der Lautbildung möglich sind, ohne der Deutlichkeit, dem Klangcharakter und Wohllaut Abbruch zu tun.“

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

72) **Hugo Ribbert. Das Adenom der Schilddrüse.** *Frankfurter Zeitschr. für Path. Bd. 18. S. 55. 1915.*

Das Adenom der Schilddrüse gehört zu den häufigsten Geschwülsten; es

findet sich bei über $^1/_3$ aller erwachsenen Leichen. Seine Entstehung führt R. auf Keime zurück, die aus dem übrigen Verband ausgeschaltet sind; dafür spricht die zu allen Zeiten scharfe Umgrenzung auch der kleinsten Adenome. Es sind also aus dem Embryonalleben stammende, durch ihr Wachstum umgestaltete Epithelkeime.

DREYFUSS (STRASSBURG).

73) **Kummer** (Genf). **Späte Ergebnisse einer Implantation von Schilddrüse. (Résultat tardif d'une greffe thyroïdienne.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 4. 1916.*

Diese Operation bestand darin, dass K. bei der Entfernung einer mächtigen Struma die noch gesunden Nebenteile derselben sorgfältig schonte und aus dem entfernten Stück einzelne gesunde Scheiben herausschnitt und der Operationsstelle aufpfropfte. Nach und nach trat eine kleine Hyperplasie des Pfropfes in zwei Lappen ein, die mit der Haut des Halses nicht verwuchsen. Probeexzisionen aus diesen Lappen nach 3 und nach 12 Jahren ergaben mikroskopisch wahre Neubildung von gesundem Schilddrüsengewebe bis in die feinsten charakteristischen Einzelheiten und vollkommen normale Funktion desselben.

JONQUIÈRE.

74) **Gramme** (Fohrde). **Zur Joddarreichung bei Kropf.** *Korr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 16. 1916.*

Verf. empfiehlt den Gebrauch von Jod innerlich und äusserlich gegen den endemischen Kropf, entgegen Oswald, der dasselbe ganz verwirft.

Jodbasedow muss von Jodismus streng unterschieden werden. Ersterer ist eine im Ganzen seltene konstitutionelle Erkrankung. Er kommt am häufigsten in Gegenden und in Verhältnissen vor, wo den Menschen reichlich Jod zugeführt wird, sei es in Meeresstrandgegenden durch die Ernährung mit Meeresalgen und anderer jodhaltiger Nahrung, Meerfische usw., sei es durch Jodmedikamente. Er beruht auf einer funktionellen Schwäche des Organismus und der Schilddrüse, welche das Jod nicht genügend, nicht normal verarbeitet, nicht auf Hyperthyreose, sondern auf „Dysthyreose".

Den Jodismus dagegen bekommt Jeder früher oder später, wenn ihm zu viel Jod einverleibt wird.

Andrerseits ist der endemische Kropf Folge einer Jodunterernährung in jenen Gegenden, wo die Nahrung wenig Jod enthält, namentlich im Gebirge, wo auch Seefische nicht hinkommen. Jodunterernährung ist aber nicht eine Hyperthyreose, nicht Mangel an gesunder Schilddrüsensubstanz. Wo dieser eintritt entsteht Kretinismus.

Hyperthyreose und Jodüberfluss, Hypothyreose und Jodarmut sind also keineswegs sich deckende Begriffe.

Aus diesen Gründen ist es notwendig den endemischen Kropf mit Jod zu behandeln, weil sonst viele Beschwerden von Seiten des Kropfes überhaupt nicht behandelt werden könnten. Dagegen ist dasselbe bei Kropf, selbst mit leichtesten Spuren von Basedow, der überhaupt nicht immer mit sichtlicher Struma behaftet ist, sondern meist nur weiche Kropfarten aufweist, streng zu vermeiden.

Von dem relativ verunreinigten Grundwasser als Kropferreger und von den Gründen der Chirurgen gegen die Jodbehandlung des Kropfs spricht Verf. gar nicht. Seine jedenfalls beherzigenswerten Ansichten seien hier nur mitgeteilt.

JONQUIÈRE.

75) **Dobbertin. Erneute Atemnot nach gelungenen Kropfoperationen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 29. S. 1476. 1914.*

Kurze Bemerkungen zur operativen Indikation und Folgen der Strumektomie: Hyperthermie, Schlingstörungen. Technisches bei notwendig werdender Tracheotomie: Körperquerhautschnitt. Ursachen für erneute Respirationsnot nach Strumektomie: 1. Rezidive Struma. 2. Narbenfixation der erweichten und verengerten Trachea an der Haut, den Muskeln oder dem Sternalrand. Dadurch Verziehung und Abknickung der Luftröhre nach der operierten Seite. Therapie: Operative Tracheolysis mit eventuell folgender autoplastischer Fettumlagerung der skelettierten Trachea. Differentialdiagnostisch zu trennen von der bezeichneten Dyspnoe mit Einziehungen ist die Kurzluftigkeit Kröpfiger infolge emphysematöser Lungenblähung nach Trachealstenose. R. HOFFMANN.

g) Oesophagus.

76) **Glavitcheff** (Bulgarien). **Ein Fall von Varicen der Speiseröhre. (A propos d'un cas de varices oesophagiennes.)** *Dissert. Genf 1915.*

Das Bluterbrechen von der Speiseröhre aus unterscheidet sich von Magenblutungen durch Fehlen der letzteren vorhergehenden Uebelkeit, sowie durch die unzersetzte Farbe des Blutes; vom Bluthusten bei Tuberkulose der Lungen durch Mangel starken Hustens und die dunklere Farbe des Blutes.

Man teilt die Speiseröhrenvaricen in solche aus mechanischen Ursachen und in idiopathische ein.

Mechanische Ursachen werden durch Stauungen in der Vena portarum, infolge von Pylophlebitis derselben, von Leberzirrhose, auch von Erkrankungen der Milz gegeben.

Zu den idiopathischen Ursachen gehört u. a. allgemeine Plethora und hereditäre Anlage.

Bei dem vorliegenden Falle einer 23 jähr. Frau, die sich im 7. Monat der Schwangerschaft befand, waren schon vom 4. Lebensjahre an starke und schwache Blutungen aufgetreten, die man vom Oesophagus herleiten musste. Die letzte sehr starke Blutung trat auf der Spitalklinik ein, wohin Pat. schon sehr anämisch gebracht worden war. Hier gebar sie ein totes Kind und starb 3 Tage nachher.

Die Autopsie ergab allgemeine Anämie, kleine Ulzerationen der Magen- und Speiseröhrenschleimhaut, ausgesprochene Oesophagitis mit thrombosierten nekrotischen Varicen im unteren Teil des Rohrs.

Als konstitutionelle Ursache lässt sich hier eine hereditäre Syphilis vermuten, der Wassermann war positiv. JONQUIÈRE.

77) **Georg Eck. Ueber einen Fall von perforiertem Oesophagusdivertikel.** *Inaug.-Dissert. Strassburg 1914.*

Ein 50 jähriger Mann bekam unter schweren Allgemeinerscheinungen einen Ellenbogenabszess, der Abszesseiter enthielt koliartige Bakterien und Diplokokken. Da gleichzeitig Ikterus und Druckschmerzhaftigkeit der Gallenblasengegend bestand, so vermutete man als Ausgangspunkt der Allgemeinerkrankung eine Eiterung in der Gallenblase. Operation derselben ergab jedoch keinen Eiter. Pat. ging unter septischen Erscheinungen zugrunde. Bei der Sektion stellte sich heraus,

dass die Sepsis ausgegangen war von einem perforierten Traktionsdivertikel des Oesophagus; er war in eine mit ihm verwachsene Lymphdrüse perforiert, daran hatte sich eine lokale eitrige Mediastinitis angeschlossen, von der aus sich metastatische Abszesse in Gehirn, Leber, Milz und in der Muskulatur des rechten Arms gebildet hatten.

FINDER.

78) **Christoph Socin. Karzinosarkom der Speiseröhre.** Med. Ges. zu Basel, Sitzung vom 20. Jan. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. S. 265. 1916.*

Der Tumor sass in einer divertikelartigen Ausbuchtung des Oesophagus (Pulsionsdivertikel nach hinten gegen dieWirbelsäule ausgebuchtet, an der Grenze zwischen Oesophagus und Pharynx), war unten und hinten festgewachsen, höckrig und erwies sich als Mischtumor: Karzinomsarkom. Die Anlage der Pulsionsdivertikel ist in einer Entwicklungsstörung (mangelhafte Schliessung der fötalen Kiemenspalten) zu suchen. Möglicherweise hat die gleiche Störung zur Abschnürung eines Gewebskeims geführt, aus welchem vielleicht unter dem Einfluss der im Divertikel stagnierenden Speisereste das Neoplasma entstanden ist. Bei den übrigens seltenen Karzinosarkomen sind meistens die einzelnen Geschwulstbestandteile scharf voneinander getrennt. Dagegen ist in dem vorliegenden Mischtumor die Grenze zwischen Sarkom und Karzinom ganz unscharf. Der Tumor gleicht einigermaassen dem Krompecher'schen Basalzellenkrebs.

R. HOFFMANN.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Oesterreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Sitzung vom 1. Dezember 1914.

Vorsitzender: Prof. Dr. L. Réthi.

Herr Karl Luick: Ueber die Rutz'schen Stimmtypen und die Sievers'schen Stimmeinstellungsfiguren.

Es werden die vielfach schon wiedergegebenen Rutz'schen und Sievers'schen Hypothesen besprochen, die wie auch anderwärts in der Diskussion viel Widerspruch fanden (vgl. dieses Zentralblatt, Dezember 1915, S. 381—383. Referat Nr. 57—58).

Sitzung vom 12. Januar 1915.

Vorsitzender: Prof. Dr. L. Réthi.
Prof. Dr. R. Wallaschek.

Herr L. Réthi: Der Luftverbrauch beim Singen.

R. hat mit dem Hutschinson'schen Spirometer den Luftverbrauch beim harten und weichen Stimmansatz (von zahlreichen Autoren Stimmeinsatz genannt) im piano, mezzoforte und forte beim Sopran, Alt und Bariton gemessen und beim harten Ansatz bedeutend grösseren Luftverbrauch und demnach geringere Tondauer festgestellt als beim weichen. Er betont wiederum, dass der erstere unökonomisch und für die Stimmlippen schädlich ist (Sängerknoten) und dass er „nicht als System und als Regel" gelten soll. Gelegentlich braucht man ihn, „um einen gewissen Effekt zu erreichen." „Beim Koloraturgesang ist er unentbehrlich." Im übrigen ist er also vom physiologischen Standpunkt aus „unangebracht" und kli-

nisch betrachtet „möglichst zu vermeiden". Die Arbeiten von R. Hahn scheinen R. entgangen zu sein (Ref.). In der Diskussion entspann sich ein terminologischer Streit über die Bezeichnung Ansatz oder Einsatz.

Sitzung vom 2. März 1915.

Vorsitzender: Prof. Dr. L. Réthi.

Herr P. F. Hestermann: Experimentalphonetische Resultate und das Transskriptionsproblem.

Der Vortrag behandelt mehr philologische Fragen und bestreitet der Experimentalphonetik das Recht „unseren Transskriptionsbehelf als unwissenschaftlich zu verdammen" oder „ihre Resultate mund- und schreibgerecht zu machen". In der Diskussion wurde Gutzmann's phonetische Schrift, die er zur Behandlung von motorisch Aphasischen erfand, in die Debatte gezogen und von Fröschels angegriffen, von H. Stern verteidigt.

Sitzung vom 4. Mai 1915.

Vorsitzender: Prof. Dr. L. Réthi.

Herr Julius Tenner: Ueber Klangfarbenbewegung. Beiträge zur Lösung des Problems der Sprachmelodie.

T. unterscheidet vokalische Lautfarben, habituelle Klangfarben im Sinne von Rutz und emotionelle bzw. psychogenetische Klangfarbenvarianten, indem er die menschliche Klangfarbe begrifflich von der instrumentellen genau auseinanderhält. Das Klangfarbenelement, das er im Gegensatz zum melodischen das chromatische Element nennt, erfüllt dieselbe Aufgabe in der Sprachmusik wie die Melodie in der Tonmusik. Die Untersuchungen sollen Sievers' Lehren von der Sprachmelodie ergänzen.

Herr E. Fröschels: Ueber die Akzente der deutschen Sprache.

Fr. bekämpft die bisherigen Definitionen der Akzente und sagt: „Der musikalische Akzent beruht auf einer Erhöhung oder Vertiefung, der dynamische auf einer Verstärkung oder Abschwächung, der temporale auf Verlängerung oder Verkürzung von Sprechtönen." Ferner führt er die Ansicht von Exner an: „Der Akzent beruht darauf, dass der Sprecher die Aufmerksamkeit des Hörers dadurch auf eine Silbe, ein Wort oder einen Satz zu lenken sucht, dass er diese in einer für den Hörer ungewohnten Art ausspricht." Also zwei Definitionen nach verschiedenen Gesichtspunkten (Ursache und Zweck).

In eigner Sache muss Ref. bemerken, dass Fr. die Definition auf Seite 458/59 des von ihm sogar besprochenen Buches des Ref. nicht erwähnt, die sachlich der neuen Definition von Fr. fast gleichkommt.

In der Diskussion wurden Fr. von linguistischer Seite Einwendungen gemacht, die auf einer weiteren Fassung des Akzentbegriffs beruhen.

Nadoleczny.

---

b) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte zu Köln.

XXXII. Versammlung vom November 1913.

Vorsitzender: Kronenberg.

E. Hopmann: Grundlagen für das Absehen der Schwerhörigen.

Redner schildert in den Hauptzügen den Gang des Absehunterrichtes in An-

lehnung an Gutzmann. Geeignet für Erteilung des Ableseunterrichts ist Jeder, der gründliche phonetische Kenntnisse besitzt, in erster Linie die Lehrer an den Taubstummenanstalten. Diese müssen sich allerdings vor dem sog. „Grosssprechen" hüten; das natürliche Vorsprechen ist die Hauptbedingung.

Preysing schlägt vor, dass der Ableseunterricht von besonders dafür angestellten Lehrern oder Aerzten erteilt wird, keinesfalls aber von solchen, die daneben oder im Hauptamt noch Taubstummenunterricht erlernen, da diese stets geneigt sein werden, zu scharf zu artikulieren.

Hansberg (Dortmund): Zum zweizeitigen Vorgehen bei der Radikaloperation der Stimmhöhle und des Siebbeins.

Bei den Todesfällen nach Radikaloperation (bei der Killian'schen Methode nach der Statistik etwa 3 pCt.) ist die Meningitis die Hauptursache. Für ihre Entstehung kommen in erster Linie die Lymphbahnen der Nase in Betracht; daneben aber auch die Lymphbahnen der Orbita, wie Verf. dies in einem Falle erlebt hat. Dass die Orbita Lymphgefässe enthält, die mit der Scheide des Optikus und dem Subarachnoidealraum in direkter Verbindung stehen, ist sicher erwiesen. In dem Fall von H. ergab die Sektion des nach linksseitiger Operation an Meningitis zugrunde gegangenen Kranken, dass keine Nebenverletzung vorlag, dass jedoch die Scheide des Optikus gleich bei seinem Eintritt in den Bulbus prall mit Eiter gefüllt war, der sich auf das Chiasma nur von da auf die Meningen fortgepflanzt hatte. Danach müssen die Infektionskeime von den Lymphscheiden der Orbita nach den Meningen gelangt sein. Um eine Meningitis, die von den Lymphwegen der Orbita ihren Ursprung nimmt, mit Sicherheit zu vermeiden, rät H. nach Freilegung der Stirnhöhle zunächst den Bulbus abzulösen, dann einen Jodoformgazestreifen einzulegen und nun 8 Tage zu warten. Erst dann wird der untere Teil der Spange gebildet und das Siebbein in Angriff genommen. Die Ausräumung des letzteren ist jetzt ungefährlich, da sich über dem freigelegten Teil des Bulbus Granulationen gebildet haben. H. hat 27 Fälle so operiert; das kosmetische Resultat war dasselbe wie bei der einzeitigen Methode.

Preysing hat bei der an seiner Klinik geübten Methode (Med. Klinik, 1913, Nr. 44) noch keinen Todesfall erlebt. Er hält eine breite Freilegung des orbitalen Fettgewebes für vollkommen ungefährlich, obwohl er die Radikaloperation in der Hauptsache von der Orbita aus ausführt, ja meistens am Schluss der Knochenoperation die Kapsel des orbitalen Fettgewebes einreisst, damit das herausquellende Fett zum Teil von unten die Stirnhöhle ausfüllt. Dies spricht gegen die angenommene Gefährlichkeit der Lymphbahnen dieses Fettgewebes; selbst wenn man aber eine solche annehmen wollte, würde die zweizeitige Operation die Gefahren nur vermehren.

Eschweiler (Bonn) demonstriert ein Präparat eines Falles von Endotheliom des Larynx. Bisher sind 7 Fälle berichtet. Der Fall E.'s betraf einen 63 jähr. Mann; er hatte einen glatten, nicht ulzerierten Tumor, der offenbar vom Epiglottisstiel ausging und sowohl nach dem Larynxinnern wie den Valleculae vorgewachsen war. Pat. entzog sich der Beobachtung und kam nach einem Jahr mit mässigem Stridor und Dyspnoe bei Anstrengungen zurück. Die Epiglottis war in einen Tumor umgewandelt, der die Valleculae ausfüllte und die Stimmbänder

verdeckte. Probeexzision aus den Valleculae ergab Zylindrom. E. liess zuerst die Gastrostomose machen, nach 14 Tagen machte er die tiefe Tracheotomie und wieder nach 8 Tagen die Hauptoperation. Es zeigte sich, dass der Tumor bereits vorn durch den Schildknorpel durchgewachsen war. Nach Freilegung des Tumors wie beim ersten Akt der Gluck'schen Operation und Unterbindung der grossen Kehlkopfgefässe, machte E. die Pharyngotomie, eröffnete möglichst nach vorn den Pharynx, schälte den Tumor aus dem Zungengrund und zog ihn samt der Epiglottis nach aussen und unten. Nach Exstirpation des Tumors, die ohne Schwierigkeit gelang und wobei die Hörner des Schildknorpels durchtrennt wurden, lag die Hinterwand des Larynx samt beiden Aryknorpeln frei zutage, während nach vorn und besonders nach unten ein grosser Defekt klaffte. Es wurde dann die Trachea oberhalb der Kanüle tamponiert und der Tampon zum unteren Wundwinkel hinausgeleitet, dann die Hautwunde zum grössten Teil zugenäht und nur am oberen Wundwinkel tamponiert, um dem Sekret der Mundhöhle einen Ausweg oberhalb der Operationshöhle zu bieten. Am 9. Tage nach der Operation ging Pat. unter bronchopneumonischen Erscheinungen zugrunde. E. wirft zum Schluss die Frage auf, ob man in solchen Fällen besser tue, die Totalexstirpation zu machen; er ist jedoch der Meinung, dass bei Erhaltung der Aryknorpel und der gesunden Larynxhinterwand in seinem Fall, wenn der Pat. am Leben geblieben wäre, wahrscheinlich die Stimme ganz befriedigend geworden wäre.

Preysing ist der Ansicht, dass in vorliegendem Fall, wo es sich nach dem Ergebnis der Probeexzision um ein Endotheliom, also um einen verhältnismässig gutartigen Tumor handelte, eine partielle Exstirpation wohl gerechtfertigt war. Der vorliegende Fasl stellt aber fast in jeder Beziehung eine Ausnahme dar. Im übrigen ist für die Ausdehnung der Operation der Charakter des Kehlkopfkrebses maassgebend. Bei den ektolaryngealen Krebsen, die über drei Viertel aller Karzinome am Kehlkopf ausmachen, ist dringend zur Totalexstirpation des Kehlkopfes zu raten; bei den endolaryngealen Karzinomen, besonders den Stimmbandkarzinomen, genügt fast immer die Laryngotomie mit Exstirpation des erkrankten Stimmbandes.

Hansberg: Die Endotheliome sind gutartige Geschwülste, bei denen oft die Exstirpation der Weichteile genügt. Er hat einen Fall von Endotheliom, das vom Stimmband auf Sinus Morgagni und Taschenband übergegriffen hatte, durch Laryngofissur dauernd geheilt.

Eschweiler hat bei den Fällen von endolaryngealem Karzinom ebenfalls mit Laryngofissur gute Resultate erzielt; niemals solle man noch so kleine Karzinome im Larynx intralaryngeal zu entfernen suchen.

Cohen: a) Demonstrationen: 1. 13jähr. Patientin mit follikulärer Zyste beider Oberkiefer.

Röntgenaufnahme zeigt deutlich links in der Kieferhöhle einen prämolaren, rechts einen Eckzahn. Operation nach Caldwell-Luc mit totaler Ausschälung des Zystensackes. Heilung.

2. 37jähr. Maschinentechniker mit linksseitiger Zyste des Oberkiefers, von dem im Gebiss fehlenden Weisheitszahn ausgehend. Starke Vorwölbung in

der hinteren Partie des harten Gaumens links. Hier sitzt auch, wie die Operation ergab, im Boden der Kieferhöhle der versprengte Zahn. Operation nach Caldwell-Luc.

3. Röntgenbild einer Zahnzyste im Unterkiefer.

4. Röntgenbild einer Revolverkugel in der linken Kieferhöhle, die von der rechten Schläfe eingedrungen, den L. opticus zerstört und wahrscheinlich durch beide Siebbeine hindurchgegangen war.

5. Röntgenbild eines Fremdkörpers im Larynx. $1^1/_2$jähr. Kind; der Fremdkörper, ein Druckknopf, konnte auch mit dem kurzen Brünings'schen Rohr nicht entdeckt werden, da er mit der Platte nach vorn im subglottischen Raum sass und nur der kleine Knopf nach hinten sah, wo er durch die geschwollene Schleimhaut verdeckt wurde. Laryngofissur; Entfernung des Fremdkörpers; Exitus nach 5 Tagen an Pneumonie.

b) Bericht über einen Fall von geheilter otogener Meningitis.

Preysing: Weitere Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Hypophyse.

P. zeigt zuerst das Röntgenbild eines Hypophysistumors bei einem 35jährigen Mann mit Adipositas hypogenitalis. Trotzdem der Pat. sehr hinfällig war und erhebliche Eiweissmengen im Urin hatte, entschloss sich P. doch zur Operation. Da nach dem Röntgenbild der Tumor den Türkensattel zerstört hatte und die Wahrscheinlichkeit bestand, dass er breit in beide Keilbeinhöhlen eingedrungen war, so operierte P. nicht wie in seinen vier ersten Fällen (Verhandl. des Vereins Deutscher Laryng. 1913) nach der palatinalen Methode, sondern nach Schloffer, indem er in einer Sitzung die Nase seitlich aufklappte, Septum, mittlere Muscheln und Siebbeine ausräumte und auf diesem breiten Wege in die Keilbeinhöhlen und von diesen aus in den Türkensattel vordrang. Nach Resektion der hinteren oberen Keilbeinhöhlenwand geriet P. in eine grosse Tumorzerfallshöhle, deren obere Grenze er nicht erreichen konnte und in der er mit grossem Löffel sich, ohne Berührungsflächen zu gewinnen, bewegen konnte. Am nächsten Morgen Exitus an Herzschwäche. Das demonstrierte Präparat zeigt einen fast faustgrossen Tumor, der den ganzen Klivus zerstört hatte und tief in das Foramen magnum hineinreichte.

Der nächste Fall betrifft ein 27jähriges Mädchen mit ausgesprochener Adipositas hypogenitalis, unterscheidet sich von dem vorigen Fall durch Zwergenwuchs. P. hat bei ihr die erste Etappe der Hirsch'schen Operation gemacht und will in einer zweiten Sitzung den Türkensattel von der Nase eröffnen.

Preysing: Demonstrationen: 1. Karzinom des weichen Gaumens des ganzen linken Naseninnern und des Nasenrachenraums.

Nach P.'s Ansicht ging die Erkrankung von der Gegend des Siebbeins und der Lamina cribrosa aus. Vor $^3/_4$ Jahren hatte P. die Aufklappung der äusseren Nase und die Resektion des weichen und harten Gaumens vorgenommen. Jetzt nussgrosses Rezidiv, das nach dem linken inneren Augenwinkel durchgebrochen war. Unter Radium hat sich der Tumor zentral erweicht und es verschwanden die vorher bestehenden starken Schmerzen. An dem Patienten lässt sich sehen, welche Uebersichtlichkeit sich bei der von P. empfohlenen palatinalen Hypophysisoperation

erzielen lässt. Bei dem Pat. ist Gaumenplatte und weicher Gaumen reseziert und man sieht die eröffneten Keilbeinhöhlen breit vor sich liegen.

2. Grosses, die rechte Nasenhöhle ausfüllendes Angiofibrom, nach temporärer seitlicher Aufklappung der Nase endgültig entfernt.

3. Tumor der linken Nase, der nach Untersuchung eines zur Probe exzidierten Stückes als Karzinom bezeichnet wurde. Bei der seitlichen Aufklappung der Nase ergab sich, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelte, der klinisch den Eindruck eines „blutenden Septumpolypen" im Sinne Chiari's machte, die histologische Untersuchung ergab Granulationsgewebe ohne bösartigen Charakter.

4. Karzinom des gesamten linken Oberkiefers.

Pat., 60 Jahre alt, wurde wegen eines „Zahngeschwürs" in der Umgebung des linken Weisheitzahns der Zahn extrahiert, man gelangte in die eitergefüllte linke Kieferhöhle. Nach 6 Wochen Radikaloperation; die Höhle war ganz verjaucht, man glaubte zuerst ein Empyem vor sich zu haben. Erst als die anscheinend ulzerös veränderte Schleimhaut ausgebeizt wurde und sich als abnorm dick erwies, an einzelnen Stellen auch der knöchernen Unterlage entbehrte, stieg der Verdacht auf maligne Erkrankung auf. Untersuchung der Schleimhaut ergab Karzinom. Nach 4 Wochen Resektion des linken Oberkiefers, bisher mit gutem Erfolg.

Ferner berichtet P. über 5 Fälle von Larynxtuberkulose, die mit Tracheotomie behandelt wurden. Die Fälle erfüllen die für diese Therapie, die mit Unrecht in Misskredit gekommen ist, notwendige Voraussetzung, dass keine wesentliche offene Tuberkulose der Lungen das Krankheitsbild beherrscht, ferner die Bedingung, dass sich eine dringende lokale Veranlassung findet, die im Vordergrunde der subjektiven Beschwerden stehenden Kehlkopfbeschwerden so schnell wie möglich auszuschalten. Drei von den Patienten hatten schwerste Dysphagie und zwei stridoröses Atmen. Daneben ist bei der Indikation der allgemeine Kräftezustand massgebend. Der Erfolg war in allen Fällen ausgezeichnet. Die Atembeschwerden und Schluckschmerzen schwanden sofort, der Kräftezustand hob sich und die Herderkrankungen im Kehlkopf gingen ohne lokale Behandlung zurück. In einem Fall, der nach zwei Monaten dekanuliert wurde, kann man von einer vorläufigen Ausheilung sprechen.

Hugel (Bad Münster a. Stein): Ueber Mesothorbestrahlung bei Schwerhörigen.

XXXIII. Versammlung vom April 1914.

Falk: Der Wert der Röntgenuntersuchung bei Lungentuberkulose und die moderne Lungenkollapsbehandlung in ihrer Beziehung zur Kehlkopftuberkulose.

F. demonstriert eine Anzahl von Röntgenplatten aus dem Kölner Augustahospital. Dann historischer Ueberblick und Erklärung der Pneumothoraxbehandlung und deren Technik, Wirkung und Indikationen. Er bezeichnet es als direkten Kunstfehler, wenn bei dubiösen Fällen nicht neben den anderen Untersuchungsmethoden zur Röntgendiagnose gegriffen wird; ferner ist in allen geeigneten Fällen, speziell auch bei Larynxtuberkulose der Pneumothorax in Anwendung zu bringen.

Blumenfeld hat Fälle von Kehlkopftuberkulose bei angelegten Pneumothorax gesehen, die eine deutliche Neigung zum Fortschreiten zeigten, bei denen also die zu erwartende günstige Wirkung des Pneumothorax auf die Kehlkopftuberkulose nicht eintraf.

G. Tiefenthal: Die chronischen Schwerhörigkeiten und ihre Behandlung durch Radium.

Benjamin: Zur Untersuchung der Brustorgane.

B. berichtet über ein von ihm geübtes Verfahren der Auskultation vom Oesophagus aus. Sie besteht im wesentlichen darin, dass ein Gummiröhrchen in den Oesophagus eingeführt und mittels eines T-Röhrchens mit einem binauralem Stethoskop verbunden wird. Das T-Röhrchen dient zum Schutz unseres Trommelfells; der dasselbe seitlich verschliessende Finger wird jedesmal losgelassen, sobald der Pat. Würg- oder Schluckbewegungen macht. Man ist so imstande, den ganzen Mediastinalraum abzuauskultieren. Die Lungen sind für die Auskultation zugängig an einer Stelle, wo oft verborgene krankhafte Prozesse sitzen, z. B. centrale Pneumonie, interlobuläre Pleuritis und Tuberkulose. Wenn die Person den Atem anhält, so hört man sehr schön die Herztöne, und zwar gibt es nicht nur zwei, sondern vier Geräusche, zunächst sehr laut die gewöhnlichen Herztöne und dann zwei viel leisere Geräusche, die aus der Ferne herzukommen scheinen und bei denen es sich zweifellos um die Vorkammertöne handelt. B. kündigt eine ausführliche Arbeit über sein Verfahren an, die in Pflüger's Archiv erscheinen wird.

Hansberg: Operation bei Durchbruch eines Schläfenlappenabszesses in den Seitenventrikel.

Eugen Littauer: 1. Ein neues Blutstillungsmittel.

L. hat das Koagulen Kocher-Fonio mit ausgezeichnetem Erfolg bei starken Blutungen aus dem Septum bei Arteriosklerose gebraucht. Er spritzte 3 bis 4 Pravazspritzen à 1 g einer 5—10proz. frisch bereiteten Lösung mit ziemlich starkem Druck gegen das blutende Septum und die Blutung stand sofort. Danach legte er einen Salbentampon dagegen; man muss sich hüten, über die Stelle zu wischen, damit sich der Thrombus nicht löst. Ebenso prompt war die Wirkung nach Konchotomien und Siebbeinausräumungen, einmal auch nach Adenotomie, wo mehrere Pravazspritzen durch jede Nasenseite gespritzt wurden.

2. Zwei Röntgenaufnahmen von Aortenaneurysmen, die zu linksseitiger Rekurrenslähmung geführt hatten.

3. Fall von Hirntumor oder Hirnabszess, der zu vollständiger Ertaubung des Patienten geführt hat.

Neuenborn: Zwei Fälle von Nasenkarzinom.

Im ersten Fall, 56 Jahre alter Mann, hatte das Karzinom den ganzen Oberkiefer ergriffen, ferner die ganze rechte Nasenseite mit Sieb- und Keilbein und ragte als apfelgrosser Tumor in den ganzen Nasenrachenraum hinunter. Die Geschwulst war im rechten Augenwinkel durchgebrochen. Pat. war verschiedentlich bei Kurpfuschern gewesen und kam erst in sehr weit vorgeschrittenem Stadium zu N., um sich operieren zu lassen. In Intubationsnarkose wurde zunächst der Oberkiefer nach Denker operiert, die ganze Geschwulst hierselbst entfernt und

ebenso der Tumor in der Nase. Hierauf wurde die äussere Geschwulst entfernt, das ganze Siebbein ausgeräumt und endlich vom Munde aus an den Tumor im Nasenrachen herangegangen, der sich verhältnismässig leicht entfernen liess; hierbei wurde gleichzeitig die Keilbeinhöhle eröffnet und ausgekratzt. Pat., der an Arteriosklerose litt und ein nicht intaktes Herz hatte, ging am dritten Tage in einem Anfall von Herzschwäche zugrunde.

Der zweite Fall betrifft eine 33jährige Frau, die im November 1913 sich mit einer haselnussgrossen roten, leicht blutenden Geschwulst im linken Nasenloch vorstellte. Die Geschwulst sass stielartig dem Septum auf. N. dachte an blutenden Septumpolypen, entfernte die Geschwulst mit der Schlinge. Mikroskopische Untersuchung ergab Plattenepithelkrebs. Bis Ende März 1914 kein Rezidiv.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

V. Briefkasten.

Karl Morelli †.

Wenige Tage nach seinem 60. Geburtstag starb in seiner Vaterstadt Budapest unser Spezialkollege Hofrat Karl Morelli. Er war in den Jahren 1880—1886 Assistent von Emmerich von Navratil und wurde 1887 als Nachfolger seines Chefs Leiter der II. Laryngologischen Abteilung des Rochusspitals. Im Jahre 1898 habilitierte er sich als Dozent für Nasen- und Halskrankheiten an der Budapester Universität.

Morelli hat sich besonders eingehend mit dem Sklerom der oberen Luftwege beschäftigt, zu dessen Studium er in seinem Vaterlande Ungarn reichlich Gelegenheit hatte; er hat über seine Erfahrungen in zahlreichen Demonstrationen und Vorträgen auf Kongressen und in Sitzungen der Laryngologischen Sektion des Vereins der Budapester Aerzte berichtet. In den letzten Jahren hat er sein Interesse vornehmlich der Oesophagoskopie und Gastroskopie zugewandt; für seine gastroskopischen Aufnahmen des Tiermagens erhielt er 1900 auf der Pariser Weltausstellung einen Preis und bei der Dresdener Hygiene-Ausstellung ein Diplom. Ferner hat er zahlreiche Instrumente angegeben, von denen einige, wie sein Nasentamponhalter, weite Verbreitung gefunden haben.

In den letzten Jahren hatte er schwer unter stenokardischen Anfällen zu leiden. Als er sich wegen seines Gesundheitszustandes von der Praxis zurückziehen musste, behielt er nur die Leitung seiner Hospitalsabteilung und als er schliesslich wegen zunehmender Atembeschwerden nicht mehr imstande war, die Treppen im Spital zu steigen, liess er sich täglich im Sessel hinauftragen. So blieb er ein Muster von Pflichterfüllung und von Begeisterung für seine Arbeit, bis schliesslich eine Influenza ihn völlig daniederwarf und seinen Leiden ein Ende bereitete. Requiescat in pace.

F.

Der Tod hält unter unseren Fachgenossen eine reiche Ernte. Wir erhalten die betrübende Nachricht, dass Prof. Paulsen in Kiel und Dr. Avellis in Frankfurt a. M. gestorben sind. Wir werden die Verdienste beider Forscher im nächsten Heft eingehend würdigen.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. **Juli 1916.** **No. 7.**

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Juli. 1916. No. 7.

I. Paul von Bruns †.

Paul von Bruns, ein Sohn jenes Victor von Bruns, welcher 1861 als der Erste einen Polypen der Stimmlippe intralaryngeal unter Leitung des Türck'schen Kehlkopfspiegels vom Munde aus entfernte, war 1846 in Tübingen geboren und wurde dort 1869 zum Doktor promoviert. Er machte den deutsch-französischen Krieg als Oberarzt mit, wurde dann Assistent seines Vaters, 1875 Privatdozent und 1882 Direktor der chirurgischen Klinik in Tübingen. Er beschäftigte sich, angeregt durch seinen Vater, schon frühzeitig mit der Laryngoskopie und der intra- und extralaryngealen Chirurgie. In seinem schon 1877 erschienenen, bahnbrechenden Werke über die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen verglich er kritisch die inneren und äusseren zu diesem Zwecke angegebenen Eingriffe und trug wesentlich zur Klärung dieser schwierigen Frage bei. Trotz seiner ausgebreiteten Tätigkeit als Chirurg und als Fachschriftsteller (von ihm rühren grosse Abhandlungen über Knochenbrüche, über die Wirkung der Kleinkalibergeschosse, der Bleispitzengeschosse und anderer Geschosse, und zahlreiche kleinere Arbeiten her), wendete er den chirurgischen Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre immer grosse Aufmerksamkeit zu. So schrieb er zusammen mit v. Hofmeister in Stuttgart für das Handbuch der praktischen Chirurgie von Bruns, Garrè und Kuttner „Die Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre", welche 1913 erschien.

Von ihm selbst rührte in diesem Werke der Abschnitt über die Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien her; er lässt hier der intralaryngealen Chirurgie und den neuen Errungenschaften unserer Spezialität, der direkten Laryngo-, Tracheo- und Bronchoskopie volle Gerechtigkeit widerfahren, da er ja in allen diesen Methoden wohlgeübt war.

Sein ganzes Leben war seinem Fache gewidmet und vieles verdankt ihm die Chirurgie und namentlich auch das Grenzgebiet der Chirurgie gegen unser Fach. Sein erfolgreiches Wirken fand auch viele Anerkennung; er wurde Geheimer Rat, erhielt den Titel Exzellenz und wurde zum Generalarzt à la suite des Württembergischen Sanitätskorps ernannt.

Bis zuletzt war er eifrigst mit der Herausgabe und Redaktion der Neuen Deutschen Chirurgie beschäftigt und erlag mitten in der Arbeit am 2. Juni. Seine grossen Verdienste um die Laryngologie bringen ihn uns besonders nahe.

O. Chiari.

II. Eduard Paulsen †.

Am 14. März 1916 verstarb in Kiel im 70. Lebensjahre Eduard Paulsen, der als Bahnbrecher der Laryngologie in Schleswig-Holstein sich um unser Fach ein dauerndes Verdienst erworben hat.

1874 in Kiel promoviert und dort zuerst als praktischer Arzt tätig, wandte er sich in Wien der Laryngologie zu. Auch nach seiner Rückkehr nach Kiel ist er als Schüler und Freund Schrötter's zeitlebens ein treuer Anhänger der Wiener Schule geblieben. In deutschen Laryngologenkreisen war er wenig bekannt, denn er vermied den Besuch der Fachversammlungen, welche in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maasse die Verbindungen und persönlichen Beziehungen der Fachgenossen vermitteln. Seine stille, echt nordisch vornehm zurückhaltende Art widerstrebte der Oeffentlichkeit und war befriedigt durch die emsige Arbeit im Studierzimmer und durch die Tätigkeit in einer eigenen Poliklinik und ausgedehnten Praxis.

1882 habilitierte er sich auf Grund seiner in Wien entstandenen Arbeit: „Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle“ als Privatdozent für Hals- und Nasenkrankheiten an der Universität Kiel. Hier wählte er sich als Schüler Flemming's histologische Stoffe zur Bearbeitung. Die Drüsen der Nasenschleimhäute, die Zellvermehrung und ihre Begleiterscheinungen in hyperplastischen Lymphdrüsen und Tonsillen, die ihn in den Tonsillen eigene Keimzentren finden liess, ferner die Schleimhaut und Drüsen der Oberkieferhöhlen waren Arbeiten, die von 1885—1888 zumeist im Archiv für mikrosk. Anatomie erschienen.

Seit 1886 ist Paulsen ständiger Mitarbeiter der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

Waren schon die Studien über die Richtung des Atmungsstroms in der Nase wert, ein allgemeines Interesse zu bean-

sprucheu, so haben die Untersuchungen, welche an die Löwenberg'sche Entdeckung eines Kapselbazillus bei Ozaena anknüpften, Paulsen's Namen einen dauernden Platz in der laryngo-rhinologischen Literatur erworben. Er gab diesem Bazillus den Namen Bacillus mucosus foetidus.

Trotz der Gründung neuer Lehrstühle lagen die Verhältnisse so, dass der Rahmen einer kleineren Universität einem reinen Laryngo-Rhinologen nicht die Selbständigkeit eines eigenen Lehramtes gewähren konnte. 1897 erhielt er in Anerkennung seiner tüchtigen wissenschaftlichen Arbeiten und seiner erfolgreichen Lehrtätigkeit in seiner Privatpoliklinik den Professortitel.

Seine letzten Arbeiten (1899) entstammen physiologischen Untersuchungen über die Singstimme der Kinder und enthalten Untersuchungen über die Tonhöhe der Sprache.

Sie runden das Bild des scharf beobachtenden Anatomen und des feinsinnigen Physiologen ab und führen den vielbegehrten Arzt zu der letzten Periode seines Lebens.

Der den edlen Künsten nicht nur als Liebhaber, sondern als tiefer Kenner ergebene Gelehrte suchte und fand sein verum gaudium und sein otium in re severa der bildenden Kunst und der Musik.

Eine vornehme, stille Gelehrtennatur, der die Laryngologie dauernde Förderung und Anregung verdankte, ist mit Paulsen dahingegangen. Die zahlreichen Schüler, die dankbaren Patienten und die grosse Schaar der schleswig-holsteinschen Aerzte, die ihm die Anregung zum ersten laryngologisch-rhinologischen Schaffen verdanken, werden ihm ein dauerndes ehrenvolles Gedenken bewahren.

P. Friedrich-Kiel.

III. Georg Avellis †.

Am 25. April starb plötzlich der bekannte Frankfurter Laryngologe Georg Avellis. Man hatte ihn in den letzten Jahren bei den wissenschaftlichen Zusammenkünften seiner Fachgenossen, deren eifriger Besucher er einst gewesen war, immer seltener gesehen und die ihm Nahestehenden wussten, dass er deprimiert, scheu und verbittert geworden war. Sein jähes Ende aber kam allen unerwartet und das tragische Geschick des so früh hinweggerafften Mannes wird nicht verfehlen, überall schmerzliches Bedauern und herzliche Anteilnahme zu erwecken.

Georg Avellis wurde am 6. Mai 1864 in Forst i. d. Lausitz geboren. Nach erfolgter Gymnasialausbildung begann er auf der Universität Breslau die medizinischen Studien, die er auf den Universitäten Berlin, Freiburg und Giessen weiterführte. Als Assistent von Riegel in Giessen erwarb er sich ausgezeichnete Kenntnisse in der inneren Medizin; durch seine ärztliche Tätigkeit an der Dettweiler'schen Lungenheilanstalt in Falkenstein wurde sein Interesse an den Erkrankungen der oberen Luftwege geweckt. Als mehrjähriger Assistent von Moritz Schmidt genoss er in dem Spezialfach die denkbar vorzüglichste Ausbildung und liess sich im Jahre 1893 als Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Frankfurt a. M. nieder.

Trotz einer sehr ausgedehnten Praxis fand Avellis Musse zur Entfaltung einer sehr grossen und fruchtbaren literarischen Tätigkeit; wie ein Blick auf das untenstehende Verzeichnis seiner Arbeiten zeigt, hat er die verschiedensten Gebiete unseres Spezialfaches durch wertvolle klinische und diagnostische Beiträge bereichert. So hat er — um nur einiges hervorzuheben — als der erste eine erschöpfende Schilderung der Symptomatologie und des Verlaufes der akuten Kieferhöhlenentzündung gegeben, hat den Ausgang des Kieferempyems in Verkäsung beschrieben, die Unterscheidungsmerkmale zwischen Stirnhöhlenkopfschmerz und Supra-

orbitalneuralgie festgestellt, wertvolle Beiträge zur Frage der motorischen Kehlkopfinnervation geliefert und auf die relativ häufige Kombination von Rekurrenslähmung und Gaumensegellähmung aufmerksam gemacht. Er hat ein gemeinverständliches Büchlein über Stimmhygiene unter dem Titel: „Der Gesangsarzt“ geschrieben, das weite Verbreitung gefunden hat, und hat auf der Versammlung süddeutscher Laryngologen, deren langjähriger Schriftführer er war, ausser einer grossen Anzahl von Vorträgen ein geradezu mustergültiges Referat über das Thema: „Stimmhygiene und Stimmermüdung“ gehalten. Auf Grund der Erfahrungen, die sich ihm als Leiter der rhinolaryngologischen Kurse in den städtischen Fortbildungskursen für Aerzte in Frankfurt a. M. ergeben, hat er eine Anleitung zur rhinoskopischen und laryngoskopischen Technik verfasst.

Avellis war ein Mann von umfassender allgemeiner Bildung und beseelt von den vielseitigsten Interessen, er besass ein feines künstlerisches Empfinden und beschäftigte sich viel mit ästhetischen und philosophischen Problemen. In Frankfurter Tageszeitungen liess er nicht selten unter einem Pseudonym kleine Aufsätze erscheinen, in denen solche Fragen in geistvoller Weise und in vollendet künstlerischer Form feuilletonistisch behandelt wurden. Er war ein Plauderer von bezwingendem Charme und wusste den Hörer über die heterogensten Dinge in stets fesselnder, oft etwas sarkastischer Weise zu unterhalten. Das Kühle und Verstandesmässige in seinem Wesen hat gewiss manchen, der ihn nicht näher kannte, zunächst abgeschreckt, wohl keiner aber hat seinem Charakter die Achtung und seinen glänzenden Fähigkeiten die Anerkennung versagt und jeder wird sein allzufrühes Ende bedauern.

Finder.

Verzeichnis von Avelli's Schriften.

1. Tuberkulöse Larynggeschwülste. Deutsche med. Wochenschr. 1891.
2. Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung. Berliner Klinik. 1891.
3. Kursus der laryngoskopischen und rhinologischen Technik. 1891.
4. Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem usw. Wiener med. Wochenschrift. 1892.
5. Trachealpolyp. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1892.
6. Behaarter Rachenpolyp. Der ärztl. Praktiker. 1893.
7. Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte. Archiv f. Laryng. 1893.
8. Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. Ebendas. 1895.
9. Die Behandlung des Schluckwehs. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1896.
10. Das akute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Archiv f. Laryng. 1896.

11. Die Behandlung des nervösen Schnupfens. Therap. Wochenschr. 1897.
12. Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod usw. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1898.
13. Ueber klonische Gaumenmuskelkrämpfe usw. Münch. med. Wochenschr. 1898.
14. Lipom der Mandel. Arch. f. Laryng. Bd. 8.
15. Was ist der sogenannte typische inspiratorische Stridor der Säuglinge? Ebendas. Bd. 8.
16. Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberkulose des Oberkiefers. Münchener med. Wochenschr. 1898.
17. Jododem des Kehlkopfes. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1899.
18. Beziehung der Laryngitis sicca chron. zur Schwangerschaft. Monatsschr. für Ohrenheilk. 1899.
19. Der Ausgang des akuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung. Archiv für Laryng. 1900.
20. Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwachsung des weichen Gaumens usw. Münchener med. Wochenschr. 1900.
21. Die Frage der motorischen Kehlkopfinnervation usw. Arch. f. Laryng. Bd. 10. 1900.
22. Die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhöhlenmukozele. Ebendas. Bd. 11. 1900.
23. Die typische Form der Larynxneuralgie. New York med. record. 1900.
24. Ueber die Bedeutung der Schleimhautgeschwüre bei der akuten Nebenhöhleneiterung. Archiv f. Laryng. 1901.
25. Gibt die vergleichende Physiologie eine Antwort auf die Frage nach dem proportionalen Verhältnis zwischen Gesangsleistung und Bau des Singorgans? Ebendas. Bd. 12. 1901.
26. Ueber eine Art trachealer Hämoptoe. Münchener med. Wochenschr. 1901.
27. Ictus laryngis als Keuchhustenerscheinung beim Erwachsenen. Archiv für Laryng. 1903.
28. Die Ventrikelform beim Sängerkehlkopf. Ebendas. Bd. 18.
29. Neue Fragestellung zur Symptomatologie der Sensibilitätsstörungen im Larynx. Ebendas. Bd. 18.
30. Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen. Ebendas. Bd. 19.
31. Ueber Heuschnupfenbehandlung. Münchener med. Wochenschr. 1907.
32. Ueber den funktionellen Unterschied der Stimmbandknötchen beim Kinde und Erwachsenen. Archiv f. Laryng. Bd. 21.
33. Gaumenbogennäher und Mandelquetscher. Ebendas. Bd. 22.
34. Ehrlich-Hata in der laryngologischen Praxis. Zeitschr. f. Laryng. 1911.
35. Notiz über gebrauchsfertige Anwendungsformen von Nebennierensubstanzen in der Rhinologie. Ebendas. 1911.
36. Lehrreiche Beispiele von Fehldiagnosen der eigenen Praxis auf dem Gebiete der Tuberkulose der oberen Luftwege. 1911.
37. Der Gesangsarzt.
38. Ueber eine besondere Gruppe kombinierter Nasen- und Nebenhöhlenpolypen. Zeitschr. f. Laryng. 1913.

IV. Przemyslaw Pieniazek †.

Przemyslaw Pieniazek, Ritter von Odrowaz, in Krakau geboren, bildete sich in Wien zunächst an Stoerk's Ambulatorium und dann seit 1875 an der Schrötter'schen Klinik zum Spezialisten aus und wurde 1879 zum Dozenten der Laryngologie in Krakau ernannt. Professor Obalinski eröffnete ihm gastlich die Räume seiner chirurgischen Abteilung und liess sogar 1894 in seinem neuen chirurgischen Pavillon eine eigene laryngologische Abteilung mit zehn Betten für Pieniazek errichten. Darauf und auf eine ziemlich grosse Privatpraxis, die jedoch teilweise Armenpraxis war, gestützt, konnte sich Pieniazek eine grosse Erfahrung, namentlich in Behandlung von Croup, von Larynx- und Trachealstenosen und besonders von Sklerom sammeln und zahlreiche Tracheotomien und Laryngofissuren ausführen.

Schon an der Schrötter'schen Klinik hatte er viel Gelegenheit, sich in der Behandlung der Stenosen einzuüben und die Tracheoskopie auf indirektem Wege und von der Tracheotomieöffnung her vorzunehmen. In Krakau bildete er sich weiter darin aus, entfernte 1882, wie auch vor ihm andere Aerzte, Croupmembranen aus der Trachea mit Pinzetten im Blinden und seit 1884 besichtigte er direkt die Trachea durch die Luftröhrenfistel teils mit dem kleinen Czermak'schen Stahlspiegel, teils mit Zaufal-Röhren, teils mit dem von ihm konstruierten Trachealtrichter. Er konnte auf diese Weise die Trachea bis zur Teilung übersehen und in die beiden Bronchien hineinblicken, dort Diagnosen stellen und Membranen, Wucherungen, abgebrochene Kanülen und andere Fremdkörper mit Hilfe des Reflektors operieren bzw. extrahieren. Die untere, direkte Tracheoskopie verdankt ihm also sehr viel schon vor Killian.

Er arbeitete immer eifrig in seinem Fache und wurde zum ordentlichen Professor ernannt. Er war Mitglied der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin, der deutschen laryngologischen

Gesellschaft und korrespondierendes Mitglied der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft. Nach langer Kränklichkeit verschied er am 1. Juni.

Auch als Schriftsteller war er eifrig tätig. 1879 gab er ein Handbuch der Laryngologie heraus, welches in polnischer Sprache in Krakau erschien, und 1888 Supplemente dazu.

Für Heymann's Handbuch schrieb er das Kapitel über chronische infektiöse Infiltrationszustände in Larynx und Trachea 1899 und für Jaworski's Handbuch einen Grundriss der Krankheiten der oberen Luftwege (polnisch).

1901 erschien in Wien sein Werk: „Die Verengerungen der Luftwege" und 1913 bearbeitete er für das Handbuch von Katz, Preysing und Blumenfeld: „Die Behandlung der Stenosen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes, der Trachea und der Bronchien."

Nebst diesen im Buchhandel erschienenen Werken finden wir zahlreiche kleinere Arbeiten, von denen namentlich die die Tracheoskopie betreffenden von grosser Bedeutung sind:

1884 Galvanokaustische Zerstörung einer Trachealgeschwulst durch die Tracheotomieöffnung (polnisch). 1889 Spekulierung der Luftröhre durch die Trachealfistel (W. m. Bl.). 1889 Kehlkopf bei Croup (Archiv f. Lar.). 1896 Tracheoskopische Operationen und Trachealkrankheiten (Archiv für Lar.). 1900 Intubation bei Kindern (polnisch). 1900 Membranöse Trachealstenose (XIII. internat. med. Kongress). 1903 Fremdkörperextraktion nach Killian's Methode. 1904 Asthma bronchiale und seine Behandlung durch Spray mit Kokain und Adrenalin, eine Methode, deren Wirksamkeit später von vielen Seiten anerkannt wurde.

Ueber Laryngofissur machte er Mitteilungen 1889 am Berliner internationalen medizinischen Kongress, dann 1890, 1893 (60 Fälle), über Laryngofissur bei Tuberkulose 1900. Diesen Arbeiten liegt eine grosse Erfahrung zugrunde, da er die Operation wegen der verschiedensten Ursachen, besonders aber wegen Sklerom, über hundertmal ausführte.

Das Sklerom wurde von ihm zusammen mit Baurowicz 1896 bearbeitet.

Ueber Fremdkörperextraktion aus der Speiseröhre liegt eine Arbeit von 1902 vor.

Wenn ich noch Mitteilungen über Trachealstenose durch Retropharyngealabszess 1906, über Krebs der Uvula 1909, über Tuberculosis laryngis bei einem 11 jährigen Kinde und über Atresia nasi post variolam erwähne, glaube ich nichts Wesentliches aus seiner literarischen Tätigkeit vergessen zu haben. Leider konnte ich die Arbeiten vor 1879 nicht ausfindig machen.

Jedenfalls aber zeigt schon diese Zusammenstellung, dass Pieniazek in allen Zweigen der Laryngologie Tüchtiges geleistet hat; um die untere, direkte Tracheoskopie, die er als der Erste methodisch angewendet und

ausgebildet hat, um die Behandlung des Asthma bronchiale durch bronchoskopische Einstäubung mit Kokain und Adrenalin und um die Behandlung und Operation der Larynx- und Trachealstenosen, besonders bei Sklerom, hat er sich bleibende Verdienste erworben. Sein Name wird deshalb in unserer Disziplin unvergessen bleiben.

O. Chiari.

V. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Die Gemeindeschulen in Stockholm. Bericht für das Jahr 1914. (Stockholms stads folkskolor. Berättelse för ar 1914.)**

Von den Ohren-, Nasen- und Halsspezialisten sind 4854 Kinder untersucht worden; von diesen litten 50 (1 pCt.) an schwererem Schnupfen, 254 (5 pCt.) an Ohrenkrankheiten, 585 (12,3 pCt.) an Tonsillenhypertrophien, 532 (10,9 pCt.) an adenoiden Vegetationen, 385 (7,9 pCt.) wurden an Drüsen operiert.

E. STANGENBERG.

2) **Ernst Weber. Neue Untersuchungen über experimentelles Asthma und die Innervation der Bronchialmuskeln.** *Archiv f. Anat. u. Physiol. (Physiol. Abt.). 1914.*

Die gross angelegte Arbeit zerfällt in 5 Kapitel, nämlich die Methoden, die Mittel, experimentelles Asthma herbeizuführen, und die Gegenmittel; ferner die Angriffspunkte der das experimentelle Asthma erzeugenden Mittel; über experimentelle Lungenblähung und über experimentelles Asthma ohne Mitwirkung der Bronchialmuskeln. Zum Schluss fasst W. die Ergebnisse in 25 Thesen zusammen.

Das Studium der interessanten Arbeit ist jedem, der sich mit der Asthmafrage beschäftigt, unerlässlich.

DREYFUSS.

3) **Stephan** (Berlin). **Zur Behandlung des Asthma bronchiale mit dem Endobronchialspray.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 102. 1916.*

Bericht über die Erfolge in 10 Fällen. Sämtliche Patienten litten seit längerer Zeit (4—20 Jahre) an Asthma bronchiale. Objektiv über den Lungen die üblichen Anzeichen, also: bronchitische Geräusche, verlängertes Ausatmungsgeräusch, mehr oder minder ausgeprägter Tiefstand der Lungen mit eingeschränkter Ausdehnungsfähigkeit. Herz o. B. Nasales Asthma war in allen Fällen ausgeschlossen worden. Applikation des Sprays nach Brünings immer durch das Bronchoskop, was nach Ansicht des Verf.'s besser (exaktere Lokalisation, Möglichkeit der Absaugung von Sekret) ist als die Methode von Ephraim. Verwandt wurden 5—10 ccm einer $^1/_2$—1 proz. Novokainlösung, dazu 5—20 Tropfen Adrenalin (Lösung 1:1000). Etwaige Sekrete wurden vorher abgesaugt.

Die Ergebnisse waren nicht so günstig wie die anderer Autoren (Ephraim). Der günstigste Fall zeigte eine völlig anfallsfreie Pause von dreiviertel Jahren, sechs Fälle hatten anfallsfreie Zeiträume von 2—12 Wochen, zwei hatten guten

Anfangserfolg, konnten aber nicht weiter beobachtet werden. Eine stark neurasthenische Patientin hatte nur eine vorübergehende Besserung von wenigen Tagen.

Einen in jedem Falle sicheren Erfolg gewährleistet die Behandlung nicht. Sie kann aber in auf andere Weise (Jodtherapie, Inhalations-Pneumato-Mechano-Hydrotherapie) unbeeinflussbaren Fällen dringend nach den bisherigen Erfahrungen empfohlen werden. Sie ist imstande allein oder im Verein mit anderen therapeutischen Massregeln in manchen sonst aussichtslosen Fällen noch Heilung zu erzielen. In der grossen Mehrzahl der Fälle hat sie sich als hervorragendes Beruhigungsmittel für kürzere oder längere Zeit bewährt. R. HOFFMANN.

4) **J. L. Goodale** (Boston). **Vorläufige Mitteilung über Hautreaktionen, die durch verschiedene bakterielle Proteide bei gewissen vasomotorischen Störungen der oberen Luftwege erzeugt werden. (Preliminary notes on skin reactions excited by various bacterial proteids in certain vasomotor disturbances of the upper air passages.)** *Boston med. and surg. journ. 17. Februar 1916.*

Die Untersuchungen von G. sollen dartun, dass bei manchen anaphylaktischen Personen, die während des ganzen Jahres an vasomotorischen Störungen der oberen Luftwege leiden (also nicht Heufieber usw., sondern das vom Verf. sogenannte infektiöse Asthma), eine charakteristische Hautreaktion auftritt nach Verreibung eines löslichen Extraktes von Staphylococcus pyogenes albus, aureus, citreus, Micrococcus tetragenus und ferner einem bis jetzt noch nicht identifizierten, dem Friedländer'schen ähnlichen Bazillus. Manche Fälle vasomotorischer Störung, die klinisch gar nicht von den eben genannten zu unterscheiden waren, zeigten keine Reaktion, ebenso wenig wie Personen ohne vasomotorische Störungen. FREUDENTHAL.

5) **H. Burkhard** (Breslau). **Fall von Aktinomykose der Haut (mit lokaler Reaktion nach Salvarsaninjektion).** *Archiv f. Derm. Bd. 121. H. 4. S. 697.*

Eine in verhältnismässig kurzer Zeit sich kolossal in der Haut (Gesicht, Hals, Brust, Rücken) verbreitende Aktinomykose bei einer 28jährigen Grubenarbeiterin hatte ihren Ausgang mit einem bohnengrossen Knoten am Zahnfleischrande des rechten Unterkiefers genommen. SEIFERT.

6) **W. Plessner. Die Erkrankung des Trigeminus durch Trichloräthylenvergiftung.** *Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. Bd. 39. S. 129. 1916.*

Infolge Mangels an Benzol und ähnlichen Flüssigkeiten, die zur Reinigung von Metallgegenständen von dem anhaftenden Schmieröl dienen, hat man Trichloräthylen verwendet. Dasselbe ist, wie sich jetzt herausstellt, ein schweres Nervengift, das in ganz eklektiver Weise den Trigeminus schädigt und zwar nur seine beiden oberen sensiblen Aeste unter völliger Schonung des motorischen dritten Astes.

Verf. hat vier solche Fälle beobachtet. Es bestand bei dreien völlige Anästhesie des Gesichts, der Wangenschleimhaut, des Zahnfleisches und der Zunge. Der Geschmack auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge ist für sauer, süss und salzig aufgehoben. Bitter (Glossopharyngeus!) wird erkannt. Hornhaut unemp-

findlich, Reflex fehlt. Keine Tränenabsonderung, auch bei Riechen von starkem Salmiakgeist, zu erzielen. Geruch sehr herabgesetzt und verändert. Die Störung war nach Monaten noch nicht ganz geschwunden. DREYFUSS.

7) **R. Kraus** (Buenos Aires). **Ueber eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens. 1. Mitteilung:** *Wiener klin. Wochenschr. No. 51 und* **2. Mitteilung:** *Ebendas. 1916. No. 17.*

Nachdem die Bakterientherapie bei Pertussis keine ermutigenden Resultate ergibt, hat Verf. in der Annahme, dass der Erreger vielleicht ein unzüchtbares Virus sei und gewisse Eiweisskörper therapeutisch wirksam sind, das Sputum von Keuchhustenkindern, entsprechend präpariert und steril gemacht, subkutan injiziert. Nach der zweiten Injektion trat fast ausnahmslos eine Besserung des Zustandes ein. Die Zahl der Anfälle nimmt ab und der Krampf wird gemildert, das Erbrechen verschwindet. Die Injektionen bleiben lokal reaktionslos. Es wurden 0,5—1,0 ccm injiziert und zwar jeden dritten oder vierten Tag.

In der zweiten Mitteilung berichtet K. über insgesamt 250 Kinder. Hinsichtlich der Dosierung erwies es sich als zweckmässig 2 ccm auf einmal schon bei der ersten Injektion zu geben und jeden dritten Tag zu wiederholen. O. CHIARI.

8) **Harry Kahn** und **L. E. Gordon** (Chicago). **Der Gebrauch des Extract. pituitar. zur Koagulation bei Hals- und Nasenoperationen. (The use of pituitary extract as a coagulant in surgery of the nose and throat.)** *Annals of otology. Juni 1915.*

Durch die Anwendung dieses Extrakts wird die Koagulationszeit des Blutes wesentlich reduziert, die Nachblutungen sind geringer, besonders nach Muscheloperationen, und der Effekt auf den Blutdruck bei Kindern ist verschieden.

FREUDENTHAL.

9) **Hermann Riedl** (Portorose). **Koagulen bei unstillbarer Lungenblutung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1915.*

Bei einem als Hämophilen bekannten jungen Mann kam es nach einer körperlichen Anstrengung zu einer Lungenblutung bei tuberkulöser Lungenveränderung. Alle sonst gebräuchlichen Mittel erfolglos. Eine intravenöse Injektion von 1 g Koagulen brachte die Blutung dauernd zum Stehen. (Nach den Erfahrungen des Refererenten bewährt sich Koagulen als äusserst wirksames Blutstillungsmittel in den oberen Luftwegen.) HANSZEL.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **Otto Grosser. Die Glandula nasalis lateralis und das Nasoturbinale beim Menschen.** *Anatom. Anzeiger. Bd. 43. 1913.*

Untersuchungen über die Steno'sche Drüse an ganz jungen menschlichen Embryonen. In einem Drittel der Fälle liess sie sich mit Sicherheit, in einem weiteren Drittel noch unsicher nachweisen. Sie liegt vor dem vorderen Ende des Nasoturbinale, das bekanntlich beim Menschen auch nur rudimentär fötal angelegt wird. In den späteren Fötalmonaten verschwinden beide Gebilde. DREYFUSS.

11) **Heinrich Illig. Beitrag zur Kenntnis der Nebenhöhlen der Nase der Haussäuger.** *Inaug.-Dissert. Zürich 1913 und Autoreferat im Anatom. Anzeiger. Bd. 43. 1913.*

Ausgedehnte entwicklungsgeschichtliche und histologische Untersuchungen der Nebenhöhlen und ihrer Schleimhaut beim Pferd, Rind, Schaf, Hund und Schwein.

DREYFUSS.

12) **Wacker** (Basel). **Furunkel der Nase mit Exitus letalis infolge septischer Thrombose des Sinus cavernosus.** *Korr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 14. 1916.*

12jähriger Knabe. 1. Oktober 1915 Beginn mit Rötung der Nasenspitze und Pustelchen am Innenrand des linken Nasenflügels, rasche Schwellung der Nasenspitze, Fieber, harte Schwellung der Umgebung des linken Auges, der Orbitalgegend und Stirn, schläfriges Wesen, 39,8°, derbes Oedem beider Augenlider, linker Augapfel stark vorgetrieben, schwer beweglich, Stauung der Venen im Augenhintergrund. Eiter im Vestibulum nasi ausdrückbar, Staphylococcus aureus. 6. Oktober: Spital.

Operation: Probeöffnung der Sinus front., kein Eiter. Beim Einschneiden der Caps. Tenoni seröser Eiter, Fettgewebe von gangränösem Aussehen. Keine thrombosierten Venen, keine Abszesshöhle. 7. Oktober: 40,2°, Somnolenz. 8. Oktober: Lumbalpunktion, Liquor klar, zieht aber nach dem Kochen Fibrinfäden. Nachmittag: Exitus.

Sektion: Orbitalphlegmone, in den Lungen viele Abszesschen, beiderseitige Thrombophlebitis sinus cavernosi et sphenoparietalis, Meningitis purulenta. Durae gespannt, Innenfläche glänzend. Gehirnbasis gegen die Sella turcica zu: eitriger Belag. Hirnrinde in der Gegend der Schläfenlappen: reichlicher meningitischer eitriger Belag, Hirnkonvexität dasselbe usw.

Der Weg vom Nasenfurunkel aus war derjenige der Vena facialis anterior, die als Vena angularis mit den Venen der anderen Seite kommuniziert und in der Höhe der Orbita mittels der Venae ophthalmicae durch die Fissura orbitalis sup. in breite und mehrfache Verbindung mit dem Sinus cavernosus tritt. Den perineuralen Lymphräumen ist nach Siebenmann wegen ihrer engen Beziehungen zum Sinus cavernosus der auffällig rasche Uebertritt der Entzündung vom Sinus auf die Meningen beizumessen.

Im Anschluss an diese Beschreibung führt Verf. einige ganz ähnliche Fälle an, die überhaupt gar nicht selten auch von anderen oberflächlichen Infektionsherden aus entstehen.

JONQUIÈRE.

13) **Cheridion** (Genf). **Pseudosinusiten. (Pseudosinusites.)** *Schweizer Rundschau f. Med. No. 3. 1916.*

a) Nervöse Form mit Schmerzen.

b) Lokale Form, ein Fall durch Kieferzyste vorgetäuscht.

Von ersterer Form teilt Verf. mehrere Fälle mit, woraus hervorgeht, dass der ganze Begriff der Pseudosinusitis des Verf. wahrscheinlich überflüssig und unrichtig ist. Eine Neuralgie des Sinus wird ebenso wenig Pseudosinusitis als eine Otalgie Pseudotitis genannt, ebenso wenig ein Fall von Kieferzyste als Pseudosinusitis bezeichnet.

JONQUIÈRE.

14) L. **Réthi** (Wien). **Zur Frage der Beziehungen zwischen Ozaena und Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1915.*

R. nennt den charakteristischen Geruch als für die Diagnose der Ozaena unerlässlich und der Foetor bildet das Unterscheidungsmerkmal zwischen der atrophischen Rhinitis und der Ozaena. Meist ist bei Ozaena Atrophie der Mukosa vorhanden, manchmal aber auch Hypertrophie. Bei Ozaena handelt es sich um eine Flächensekretion der Nase und wird das Ozaenasekret nicht von zirkumskripten Herden vom Rachendach oder aus den Nebenhöhlen geliefert. Der Geruch haftet auch schon ganz frisch gebildetem Sekret an und wird bei längerem Verweilen in der Nase noch penetranter. Wenn von einem ursächlichen Zusammenhang der Ozaena mit Nebenhöhlenerkrankungen gesprochen wird, so ist darunter zu verstehen, dass eine der Ozaenaerkrankung der Nasenhöhle analoge Krankheit der Nebenhöhlen besteht, und dass sich derselbe Prozess in den Nebenhöhlen abspielt, der demnach als Ozaena der Nebenhöhlen zu bezeichnen ist. — Derartige Fälle sind übrigens recht selten. Auffallend ist ja auch, dass die vorgeschrittene Ozaena fast stets beiderseitig auftritt, Nebenhöhlenerkrankungen meist einseitig zur Beobachtung kommen. Bei Empyemen finden wir meist Hypertrophien, bei Ozaena Atrophie der Schleimhaut. Bei Empyemen besteht subjektiver Foetor, bei Ozaena nicht. Auch die Annahme eines bakteriellen Ursprungs der Ozaena spricht gegen eine Herderkrankung.

Therapeutisch empfiehlt Réthi die elektrolytische Behandlung der Ozaena — zirka 5 M.-A. durch 5—10 Minuten. Nach meist nur 2 Sitzungen bessert sich, besonders auffallend, der Foetor.

HANSZEL.

15) **Werner Titschack. Augenbeteiligung bei Nebenhöhlenerkrankungen.** *Inaug.-Dissert. Kiel 1916.*

Verf. berichtet über 24 Fälle aus der Kieler Augenklinik. Eine Dislokation des Bulbus wurde fast in allen Fällen festgestellt. Eine Vergrösserung des blinden Fleckes, wie sie van der Hoeve beschreibt, fand sich niemals und nur in einem einzigen Fall — Neuritis retrobulbaris bei Kieferhöhlenempyem — fand sich ein zentrales Skotom. Verf. erklärt dies dadurch, dass die Fälle meist erst in späten Stadien zur Beobachtung gelangen, wo dieses Symptom bereits abgeklungen war. In 5 Fällen wurde ein Lidödem gesehen, in einem Falle eine schlaffe Ptosis. Unbeweglichkeit oder Beweglichkeitsbeschränkungen des Bulbus waren stets mit einem Exophthalmus gepaart, dagegen nie isoliert. Für eine Uveitis mit und ohne Sehstörungen darf man nach Ansicht des Verf.'s nicht, wie es Fish (Archiv f. Augenheilk. Bd. 52) getan hat, eine bestehende Nebenhöhlenerkrankung auffassen.

Es wurden in der Zeit vom 1. April 1895 bis 31. März sämtliche Augenkranke, bei denen auch nur der Verdacht einer Nebenhöhlenerkrankung vorlag, rhinologisch untersucht und es wurde nur bei 5 pCt. der rhinologisch untersuchten und bei 0,2 pCt. sämtlicher Augenkranken eine sichere Nebenhöhlenerkrankung festgestellt.

FINDER.

16) **H. H. Stark** (El Paso, Texas). **Plötzliches Erblinden infolge eitriger Nebenhöhlenentzündung. (Sudden blindness due to suppuration of the accessory nasal sinuses.)** *Journ. amer. med. assoc. 30. Oktober 1915.*

S., der den Vorzug hat, auch Ophthalmologe zu sein, beobachtete 3 Fälle dieser Art sehr gründlich. Als Ursache dieser und ähnlicher Augenstörungen stellt er den plötzlich eintretenden oder langsam wirkenden Druck hin. Das Verschwinden der eine Nebenhöhle von der Orbita trennenden Wand verursacht sofortigen Druck auf die letztere, wodurch dann alle sekundären Erscheinungen hervorgerufen werden.

FREUDENTHAL.

17) **R. Imhofer** (Prag). **Zur Kasuistik der Nebenhöhlenaffektionen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 96. 1916.*

Fall 1. Mukozele der linken Stirnhöhle bei 19 Jahre altem Soldaten. Endonasales Eröffnen der Mukozele und dabei reichliche Entleerung dickflüssiger fadenziehender Flüssigkeit (etwa $^1/_4$ Liter). $1^1/_2$ Monate nach der Operation Entlassung. Sekretion aus Nase fast null, dagegen Bulbus noch deutlich nach unten und aussen verdrängt.

Fall 2. Schussverletzung des linken Siebbeins, Entfernung des Projektiles durch Operation von aussen. Heilung. Wiedergabe des Röntgenbildes.

OPPIKOFER.

18) **Ralph Opdyke** (New York). **Sinusitis frontalis und maxillaris und deren Folgen, verursacht durch den Staphylococcus pyogenes albus. (Frontal and maxillary sinusitis and sequelae, due to staphylococcus pyogenes albus.)** *Med. Record. 1. Januar 1916.*

Ein sich über viele Monate hinziehender Fall von aussergewöhnlich schwerer Infektion mit dem sonst harmlosen Staphylococcus pyog. alb., bei dem zahlreiche Operationen (alles in allem 21) notwendig wurden und bei dem schliesslich vollkommene Genesung eintrat.

FREUDENTHAL.

19) **Horgan. Zylinderkarzinom des Siebbeins; Operation; Heilung.** *The journ. of laryngology, rhinology and otology. XXXI. No. 1. 1916.*

29jähriger Mann, seit einem Jahr Verstopfung der rechten Nase und eitriger Ausfluss aus derselben. Untersuchung ergibt rechtsseitiges Kieferhöhlenempyem; Kurettage der Höhle führt zum Verschwinden der Symptome. Ein halbes Jahr später kommt Patient mit denselben Beschwerden wieder. Man findet die rechte Nasenhälfte ausgefüllt von einer fungösen Masse; Probeexzision ergibt, dass es sich um ein typisches Zylinderzellenkarzinom handelt. Entfernung des Tumors, der Ausläufer an die Lamina cribrosa und Lamina papyracea sandte. Verf. ist sicher, dass das Karzinom bei der ersten Operation nicht bestand. Seit 3 Jahren kein Rezidiv.

FINDER.

20) **Arthur Helmendinger. Ueber Endotheliome der Nasenscheidewand.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 143.*

Bericht über zwei Fälle von Geschwülsten der Nasenscheidewand. Beiden

Geschwülsten gemeinsam war die grosse Mannigfaltigkeit der Zellen und weiter war histogenetisch in beiden Geschwülsten das Endothel bzw. die Adventitia als Ausgangspunkt mit Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Im übrigen boten beide Geschwülste in morphologischer Hinsicht gar keine Aehnlichkeit miteinander und geben so eine Illustration von der Mannigfaltigkeit im Bau der Endotheliome. Beide Geschwülste waren sich klinisch sehr ähnlich; sie waren streng lokalisiert, waren ziemlich schnell gewachsen und zeigten keine Metastasenbildung. Zur sicheren Stellung der Diagnose ist die Probeexzision notwendig. Als therapeutischen Eingriff empfiehlt Verf. die Aufklappung der Nase von der Seite aus, weil einmal auf diese Weise der Tumor für eine radikale Entfernung leicht zugänglich ist und weil dann auch die anderen Teile der Nachbarschaft ohne Mühe zu übersehen sind.

FINDER.

21) **Victor Sonnenkalb. Ein Fall von Osteom der Nasenhöhle.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 252.*

Der Fall betrifft eine 47jährige Frau. Das erste Symptom war Auftreten einer harten Prominenz im inneren Augenwinkel; die betreffende Nasenseite war völlig verlegt, es bestand eitriger Ausfluss aus derselben. Als Ausgangspunkt des Tumors stellte sich das Siebbein heraus; der Tumor füllte die Nasenhöhle fast ganz aus, hatte die nasale Kieferhöhlenwand stark nach aussen disloziert, so dass das Lumen der eigentlichen Kieferhöhle auf ein Minimum reduziert war. Der Tumor wurde mittels eines Schnittes wie bei der Denker'schen Operation freigelegt und entfernt; auf eine radikale Beseitigung des Stieles wurde verzichtet unter Berücksichtigung des Umstandes, dass das Wachstum der Osteome ein exquisit langsames ist.

FINDER.

22) **A. W. Mayer** (Palo Alto, Calif.). **Gefährliche, noch nicht veröffentlichte Anomalien des Sinus sphenoidalis. (Sinister unrecorded anomalies of the sphenoid.)** *Annals of otology. Juni 1915.*

M. beschreibt zwei zufällig gesehene Präparate, bei denen Divertikel der Schleimhaut dieses Sinus direkt in den subduralen Raum hineinragten, und bespricht deren grosse Gefahren in einem eventuellen operativen Verfahren: Defekte der Wandung, fast direkte Nachbarschaft des N. opticus, der Carotis usw.

FREUDENTHAL.

23) **S. Toch** (Lublin). **Primäre Schleimhauttuberkulose des Nasenrachenraumes und der Mundhöhle.** *Der Militärarzt. 50. Jahrg. No. 6. Beilage d. Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1916.*

Am zweiten feldärztlichen Vortragsabend der Militärärzte der Garnison Lublin stellte T. zwei Fälle von primärer Tuberkulose des Nasopharynx und der Tonsille vor. In beiden Fällen hatte die Erkrankung schon weit auf die Umgebung übergegriffen. In der Diskussion schlägt Zilz eine Salvarsan- und Quarzbehandlung vor.

O. CHIARI.

24) **W. Wolffheim** (Königsberg). **Zur Operation der juvenilen (echten) Nasenrachenfibrome.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 139. 1916.*

W. empfiehlt zum Entfernen der Nasenrachenfibrome die breite Eröffnung der Kieferhöhle unter Narkose mit peroraler Tubage und dann Freilegen des Tumors durch Entfernen der hinteren, medialen und lateralen Kieferhöhlenwand.

OPPIKOFER.

25) **Walter S. Daly** (Ogdensburg, N. Y.). **Fibrom des Nasenrachenraums. (Nasopharyngeal fibroma.)** *New York state journ. of med. Januar 1916.*

Junger Mann von 18 Jahren, der seit zwei Jahren an Nasenverstopfung, wiederholten Blutungen usw. leidet, zeigt bei der Untersuchung eine den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende, rötliche Masse, die sich am Vomer teilt, nach vorne dringt und zu beiden Nasenlöchern heraushängt. Bei der Digitaluntersuchung trat bedenkliche Blutung ein, von der Patient sich erst sechs Wochen lang im Hospital erholen musste. Bei der Operation selbst (modifizierte Boekel'sche) war die Blutung verhältnismässig gering. Patient genas. In der diesem Vortrage folgenden Debatte hebt Arrowsmith (Brooklyn) hervor, dass für derartige Fälle eine radikale Operation das einzig richtige ist. Er empfiehlt die laterale Rhinotomie nach Moure und ausserdem 1. die Kolon-Aetheranästhesie nach Gwathmey, 2. die präliminäre Tracheotomie und 3. Unterbindung der Carotis externa.

FREUDENTHAL.

26) **K. Franke** (Magdeburg). **Ueber Endoskopie des Nasenrachenraums.** *Passow's Beiträge usw. Bd. 8. S. 284. 1916.*

Vortrag, gehalten im militärärztlichen Verein zu Magdeburg, Dezember 1911. F. hat den Retronasalraum bei normalen und pathologischen Fällen mit Hilfe des Nasenendoskops nach Hirschmann und nach Valentin untersucht. Wenn er auch am Ende seiner Arbeit ausdrücklich schreibt, dass die Endoskopie nur als wertvolle Ergänzung der bisherigen Untersuchungsmethoden zu betrachten sei, so erhält doch der unbefangene Leser das Gefühl, dass der Autor den Wert der Rhinoscopia posterior zu gering und ihre Schwierigkeit zu hoch einschätzt. Auf die Nachteile der endoskopischen Untersuchung des Retronasalraumes (nicht natürliche Grösse und Farbe der betrachteten Gegenstände, nur Teilbilder, Beschmutzung des Lämpchens mit Blut und Schleim und namentlich ungenügende Reinigungsmöglichkeiten, da Auskochen und längeres Verweilen in desinfizierender Lösung den Apparat verderben) macht auch F. aufmerksam. Auf Tafel 18 werden die Variationen in der Form der Tubenöffnung wiedergegeben.

OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

27) **F. Stadelmann. Die sog. Gaumenfortsätze und die Umgebung des Gaumens.** *Morpholog. Jahrbuch. Bd. 50. S. 115. 1916.*

Die Arbeit, welche einen Teil von Fleischmann's „Morphogenetischen

Studien" aus dem Erlanger zoologischen Institut bildet, eignet sich nicht zu einem kürzeren Referat. St. fasst seine Ergebnisse in 14 Thesen zusammen.

DREYFUSS.

28) **H. B. Hyatt** und **W. Allen. Bemerkungen über aus den Tropen stammende Fälle von Sprue. (Notes on cases of sprue from the tropics.)** *Journ. amer. med. assoc. August 1914.*

Das klinische Bild der Erkrankung wird von gastro-intestinalen Symptomen beherrscht: Stomatitis, Flatulenz, Diarrhoe, Atrophie der Intestinalschleimhaut, Verkleinerung der Leber und sekundäre Anämie mit Abnahme von Gewicht und Körperkraft, die Krankheit nimmt einen ausgesprochen chronischen Verlauf.

Die Sprue-Stomatitis zeigt ein rotes Aussehen der Zungenspitze und der Zungenränder; oft ist die ganze Zunge beteiligt. Aphthöse Geschwüre sind häufig. Patienten klagen oft über ein brennendes, prickelndes Gefühl auf der Zunge.

Am charakteristischsten sind die Stühle; sie sind sehr übelriechend, sie können wässrig sein, reagieren stark sauer, enthalten viel Gasblasen und mikroskopisch lässt sich nachweisen, dass das Fett nicht verdaut ist.

EMIL MAYER.

29) **Builey K. Ashford. Eine bei gewissen Fällen von Sprue gefundene Monilia. (A monilia found in certain cases of sprue.)** *Journ. amer. med. assoc. 6. März 1915.*

Verf. hat in vier Fällen von Sprue, von denen drei Kinder betrafen, aus Abstrichen von dem entzündeten Zungenrücken eine Monilia isolieren und züchten können.

EMIL MAYER.

30) **A. Schmidt** (Halle). **Heilung eines Falles schwerer Sprue durch Sauerstoffeinläufe.** *Centralbl. f. innere Med. No. 4. 1916.*

Bei einer 30jähr. Frau, die in Shanghai Sprue akquiriert hatte, erzielte Verf. völlige Heilung durch O_2-Einläufe in einer jedesmaligen Menge von etwa 1 Liter. Die erste Applikation erzeugte unmittelbar schmerzhaftes Brennen im Leibe, mehrfach dünne Entleerungen und Erbrechen, worauf aber schon am nächsten Tage wesentliche Besserung erfolgte. Diese Therapie wurde anfangs wöchentlich, später alle 14 Tage wiederholt. Nach neun Applikationen völliges Wohlbefinden.

SEIFERT.

31) **W. Bauer** (Innsbruck). **Chronische Hypertrophie der Gingiva.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. S. 115. 1916.*

Bei einer 30jährigen Frau aus Südtirol war seit 2 Jahren die Gingiva des harten Gaumens derart hypertrophisch, dass zwei vorhangartige Polster sich in der Mittellinie fast berührten und aus dem T-förmigen Spalt wiederum warzenförmige Wucherungen in die Mundhöhle ragten. — Diese Erkrankung ist selten, für gewöhnlich nur im alveolaren Kieferanteil beobachtet und in ihrer Aetiologie noch völlig ungeklärt. Histologisch ist sie charakterisiert durch eine enorme Menge von Plasmazellen im subpapillären Gewebe, besonders zwischen den sklerotisch veränderten Gefässchen. — Operative Therapie.

O. CHIARI.

32) **K. Pichler** (Klagenfurt). **Typische Pigmentierung der Wangenschleimhaut bei Tabakkauern.** *Wiener med. Wochenschr. No. 6. 1916.*

Die Veränderungen nehmen typisch die Wangenschleimhaut in der Höhe der Zahnschlusslinie ein, und zwar vorwiegend in der vorderen Hälfte derselben und betragen in ihrer Höhenausdehnung selten mehr als 1 cm. Zarte, graue, leukoplakisch veränderte Streifen oder Flecken, die niemals über das Niveau der übrigen Schleimhaut erhaben sind und welche mitunter auch gesättigt braun oder bläulichgrau pigmentiert sind. Meist auf jener Seite deutlicher ausgeprägt, auf welcher vorwiegend gekaut wird. Niemals wurde diese Affektion bei blonden Männern, sondern durchweg bei brünetten gefunden und es fand sich in solchen Schleimhautpartien histologisch eine Anhäufung von körnigem, gelbbraunem Pigment in den tiefsten Schichten des Epithels, sowie in den obersten Schichten des Bindegewebsanteiles der Schleimhaut. Dagegen war das Epithellager nirgends verdickt, keinerlei Rundzellenanhäufung um die Schleimhautgefässe.

O. CHIARI.

33) **E. Fröschels** (Wien). **Ueber die Behandlung von Gaumenlähmungen mit kombinierter Sprachgymnastik und Paraffininjektion.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 91. 1916.*

Eine durch Schussverletzung entstandene Lähmung des weichen Gaumens, mit hochgradiger Rhinolalia aperta behandelte F. mit dem von ihm angegebenen Palatoelektromasseur und mit Artikulationsübungen. Der Palatoelektromasseur, der abgebildet wird, gestattet gleichzeitig Massage und Elektrisieren und kann auch durch den Patienten allein angewendet werden. Unter dieser Behandlung kehrte die Funktion der rechten Gaumenhälfte zurück, während dagegen die linke fast vollständig unbeweglich blieb. Deshalb wurde entsprechend den Angaben von Neumann (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1913. H. 2) eine Paraffininjektion in die hintere Rachenwand entsprechend der Seite der gelähmten Gaumenhälfte vorgenommen, und zwar so viel, bis das beständig ausgesprochene A normal klang. Dazu waren $1^1/_2$ ccm Paraffin notwendig.

Auch bei 2 anderen Fällen partieller Gaumenlähmung wurde ebenfalls durch Paraffininjektion in die hintere Rachenwand die Sprache wieder vollständig normal. Bei diesen 2 Patienten waren 5 ccm, in mehreren Sitzungen injiziert, notwendig.

Ist der Gaumen total gelähmt, dann ist mit Paraffininjektion fast ausnahmslos nichts Günstiges zu erreichen. Deshalb sollte bei allen totalen Gaumenlähmungen vorerst die Sprachgymnastik in Verbindung mit Massage und Faradisation versucht und ihr Resultat abgewartet werden, bevor die Paraffininjektion in Frage kommt.

OPPIKOFER.

34) **K. Kofler** (Wien). **Zwei Fälle maligner Tumoren des Rachens.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1915.*

Demonstration in der Sitzung vom 12. November 1915 in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Apfelgrosses Rundzellensarkom einer Tonsille bei einem Soldaten; Beginn vor einem Jahre ziemlich plötzlich im Felde, rasches Wachstum. Radikaloperation vor 4 Monaten, nachherige Radium- und Röntgenbehandlung. Heilung.

2. 14jähriger Knabe mit Karzinom des Epipharynx, trotz Radiumbehandlung sehr bösartiger Verlauf, wie meist bei den juvenilen Karzinomen zu beobachten.

O. CHIARI.

35) **John B. McMurray** (Washington, D. C.). **Primäres Karzinom der Tonsillen. (Primary carcinoma of the tonsil, with report of cases.)** *Pennsylvania med. journ. Juli 1915.*

Bericht zweier Fälle, von denen der erste anfangs irrtümlich für Lues gehalten wurde; Exitus letalis. Der zweite betraf eine 73jährige Frau. Die erkrankte Tonsille wurde entfrent (Blutung? Ref.), Radium appliziert und ein Jahr später war Patientin rezidivfrei.

FREUDENTHAL.

36) **Sigmund Marx. Ueber Reflexhusten, seine Ursache und seine Behandlung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 330.*

Verf. berichtet über 8 Fälle von Tonsillar-Reflexhusten, — 4 ohne Erscheinungen an dem Larynx und den Lungen und 4 mit ausgesprochener Erkrankung sowohl der Lungen wie des Larynx. Der Husten liess sich durch Berühren der Tonsillaroberfläche, bisweisen durch Sondieren einzelner Lakunen, manchmal einer ganz bestimmten Stelle in derselben, auslösen. Die Therapie bestand in Schlitzung der Tonsillen.

FINDER.

37) **J. S. Evans, M. W. S. Middleton** und **A. J. Smith. Amöbenerkrankungen der Tonsillen und Erkrankungen der Schilddrüse.** *Amer. journ. of the med. scienc. Februar 1916.*

Pathologische Veränderungen infektiös-kryptischer Art in den Tonsillen wurden in 22,8 pCt. und solche in Nase und Tonsillen in 90 pCt. bei 362 Kropfpatienten gefunden. Von 34 untersuchten Fällen beherbergten 97 pCt. Entamoeba gingivalis in den Tonsillen. 16 wurden mit Emetin behandelt, davon zeigten dann 13 = 81 pCt. keine Amöben mehr in den Krypten. Von 23 anderen mit Emetin behandelten Patienten zeigten 18 einen Rückgang in der Grösse des Kropfes. 6 von 7 mit Dysfunktion der Thyreoidea zeigten mehr oder weniger deutliche Besserung. Eine direkte Beziehung zwischen der Amöbeninfektion der Tonsillen und der Schilddrüsenstörung ist wenig wahrscheinlich, aber vasomotorische Einflüsse sind anzunehmen. Diese Erklärung trifft nur für die Pathogenese einiger Fälle von Struma zu, andere lassen sich nicht damit erklären. Hier mögen andere Infektionsherde im Spiel sein oder endogene und exogene Gifte.

FINDER.

38) **B. Potter. Ulzeröse Angina, ein gelegentliches Frühsymptom bei Typhus. (Ulcerative angina, occasional early symptom in typhoid.)** *Boston med. and surg. journ. 28. Juli 1914.*

Nach P. treten in einer gewissen Zahl der Fälle (6—12 pCt.) vor dem Erscheinen der Roseola, fast immer jedoch ungefähr gleichzeitig mit dieser, ein oder mehrere kleine Geschwüre an den vorderen Gaumenbögen auf, sogenannte Bouveret'sche Ulzerationen. Nach P. kommt diesen Geschwüren ein gewisser Wert für die klinische Frühdiagnose des Typhus zu.

EMIL MAYER.

39) **Ferl. Lähmung der Streckmuskulatur des rechten Unterarms im Anschluss an eine Angina.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. Februar 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 1647. 1914.*

Demonstration eines Mannes mit obiger Affektion samt einem Herpes zoster an der Beuge- und Streckseite der rechten oberen Extremität. HANSZEL.

40) **Zappert** (Wien). **Eine in Vergessenheit geratene interne Behandlung der Anginen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 44. 1915.*

Bericht über günstige Wirkung des Zyanquecksilbers bei Anginen mit oberflächlicher Exsudation. Stündliche Verabfolgung je nach dem Alter und der Schwere des Falles von

Hydrarg. cyanat. 0,01,
Saccharini 0,05,
Aq. font. 100,0. O. CHIARI.

41) **J. Herbert Young** (Newton, Mass.). **Tonsillektomie als eine therapeutische Massnahme in der Behandlung der Chorea und Endokarditis. (Tonsillectomy as a therapeutic measure in the treatment of chorea and endocarditis.)** *Boston med. and surg. journ. 2. September 1915.*

Die Tatsache, dass von 21 tonsillektomierten Kindern 12 doch Chorea bekamen, scheint dagegen zu sprechen, dass die Entfernung der Mandeln einen Schutz gegen Chorea und die stets vorhandene Möglichkeit der Endokarditis bilde.

FREUDENTHAL.

42) **K. Kofler** (Wien). **Phlegmonen nach Tonsillektomie.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 50. S. 113. 1916.*

An der Universitätsklinik von Chiari wurden in den letzten 5 Jahren ungefähr 6000 Tonsillektomien vorgenommen und nur bei 7 Pällen schwere Komplikationen in Form einer Halsphlegmone beobachtet. Mitteilung der 7 Krankengeschichten. Die Phlegmone brach entweder spontan durch oder nach Inzision von aussen oder innen. Bei Fall 6 entstand infolge der Phlegmone ein Kehlkopfödem, so dass der Luftröhrenschnitt notwendig wurde, und bei Fall 3 kam es zu partieller Nekrose des Processus alveolaris inferior und mehr als 6 Monate dauernder Abszedierung mit mehrfacher Fistelbildung. Nur bei einem Patienten war die Halsphlegmone doppelseitig. Solche Komplikationen mahnen zur ausgiebigen Mund- und Zahnpflege, wenn möglich vor der Operation. Auch sollte das Anstechen des an Bakterien immer reichen Mandelgewebes bei der Anästhesierung vermieden werden. OPPIKOFER.

43) **Karl Lübbers. Ueber lebensgefährliche und tödliche Blutungen aus der Art. carotis bei Halsabszessen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 18.*

39jähriger Mann, Rötung und Schwellung der rechten Tonsille und ihrer Umgebung, im Recessus pyriformis ein schmierig belegtes Geschwür; rechte Seite der Epiglottis, der Aryknorpel und Zungengrund stark ödematös, Larynx nach links verdrängt, Einblick in das Innere desselben unmöglich. Vom rechten Kieferwinkel bis zum Kehlkopf eine derbe auf Druck schmerzhafte Infiltration der Weichteile. In den folgenden Tagen Zunahme des Oedems, mehrere Male Aus-

husten von Blutmengen; einmal findet sich in dem Blutkoagulum ein 2 cm langes Knochenstück, das sich als das rechte obere Horn des Schildknorpels erweist. Bald darnach eine neue, sehr heftige Blutung; man sieht, dass das Blut aus dem Geschwür im Recessus pyriformis stammt. In Lokalanästhesie Unterbindung der A. carotis externa; die Blutung steht; Heilung. Nachträgliche Erkundigung ergab, dass der Halsabszess — wahrscheinlich durch Abszedierung der Glandulae infrahyoideae — sich im Anschluss an eine Angina gebildet hatte.

In einem anderen Fall war im Anschluss an eine linksseitige Angina und Peritonsillitis mit Senkung des Eiters längs der seitlichen Pharynxwand und Durchbruch in den Pharynx eine tödlich endende Blutung aus einem Ast der Art. carotis externa erfolgt.

FINDER.

44) **J. A. Hagemann. Eine verbesserte Arterienklemme für die Mandelexzision.** *The Laryngoscope. August 1915.*

Klemme mit rechtwinkelig gebogenen, gezähnten Fassungsbranchen.

OTTO FREER.

45) **Frank G. Murphy** (Mason City, Iowa). **Neues Instrument und Technik der Zirkumzision der Tonsillen. (New instrument and technic for circumcision of the tonsil.)** *Journ. amer. med. assoc. 30. Oktober 1915.*

Bei chronischer Infektion der Mandeln macht M. einen Schnitt um dieselbe, wodurch freie Drainage etabliert wird mit nachfolgender Atrophie der Tonsille. Das Instrument besteht, nach der Abbildung zu urteilen, aus einer nahe der Spitze rechtwinkelig abgebogenen Schere.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

46) **B. Rappaport** (Chicago, Ill.). **Die Anwendung des Kaolins zur Entfernung von Diphtheriebazillen aus Nase und Hals. (The use of kaolin to remove diphtheria bacilli from the nose and throat.)** *Journ. amer. med. assoc. 25. März 1916.*

Wenn richtig angewendet, entfernt Koalin durch seine absorbierende Kraft die Bakterien, mit denen es in Kontakt kommt. Verschiedene lokale pathologische Zustände, die das verhindern, müssen beseitigt werden. Verschwinden trotz Koalins die Diphtheriebazillen nicht, dann ist Tonsillektomie und eventuell Adenektomie indiziert.

FREUDENTHAL.

47) **H. O. Ruh, M. J. Miller** und **R. G. Perkins** (Cleveland, O.). **1. Diphtheriestudien. 2. Die Behandlung der Diphtherieträger mittels Tonsillektomie. (1. Studies in diphtheria. 2. The treatment of diphtheria carriers by tonsillectomy.)** *Journ. amer. med. assoc. 25. März 1916.*

Verff. suchten Diphtherieträger aus, im ganzen 19 Fälle mit virulenten Bazillen in den Krypten und entfernten bei diesen die Tonsillen und Wucherungen ohne schädliche Folgen. Im Gegenteil befreit diese Methode der Behandlung die Behafteten früher aus der Quarantäne und die Umgebung von der Gefahr einer Ansteckung.

FREUDENTHAL.

48) **Ceelen. Zur Kenntnis der Oesophagusdiphtherie.** Aus dem pathol. Institut der Universität in Berlin. *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 80. H. 5 u. 6. 1914.*

Die grosse Seltenheit der Oesophagusdiphtherie, von welcher Verf. einen Fall mitteilt, beruht auf dem fehlenden Luftgehalt des Oesophagus, der glatten Oberfläche desselben im Gegensatz zu den vielen Winkeln und Ecken des Nasenrachenraums und der chemischen Reaktion. Die Oesophagusschleimhaut reagiert neutral, während der Diphtheriebazillus am besten auf schwach alkalischem Nährboden gedeiht. Die Diphtherie des Oesophagus bewirkte in dem Falle des Verf.'s, dass jede Nahrungsaufnahme durch sofortiges Erbrechen nach dem Verschlucken unmöglich wurde. FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

49) **Grünwald. Genese und Therapie nicht chondritischer Kehlkopffisteln.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. H. 2. S. 105.*

Verf. hat 2 Fälle beobachtet, bei denen aus dem tuberkulösen Kehlkopf ein fistulöser Durchbruch nach aussen an der vorderen Kante des Schildknorpels eintrat. Als einziges Gegenstück in der Literatur bringt er einen Fall von Madelung. Es ist anzunehmen, dass die Prozesse auf bindegewebigem Wege aus dem tuberkulösen Kehlkopfinnern durch kongenitale Lücken am Schildknorpel nach aussen wandern. Perichondritiden, die nach aussen durchbrechen, machen ganz andere Krankheitsbilder, ebenso auch praelaryngeale Drüsenabszesse. Letztere brauchen auch bei einer bestehenden Kehlkopftuberkulose nicht immer tuberkulöser Natur zu sein. KOTZ.

50) **H. Hoessly. Ueber Störungen der Larynxinnervation im Anschluss an 250 Kropfoperationen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. S. 521.*

Die Arbeit stammt aus der de Quervain'schen Klinik in Basel. de Quervain hat eine eigene Methode der Kropfoperation angegeben, deren hauptsächlichste Eigentümlichkeit darin besteht, dass der Stamm der Thyroid. inf. praeliminar, möglichst zentral und ausserhalb der Kropffaszie unterbunden wird. Es erweist sich aus H.'s Arbeit, dass die de Quervain'sche Operation bezüglich der Schonung des Rekurrens ausgezeichnete Resultate gibt. Auf 197 nach der Methode von de Quervain operierte Strumen mit 270 Einzelunterbindungen der Art. thyroid. inferior kam kein Fall von bleibender völliger Rekurrenslähmung, der auf Rechnung der Unterbindung als solcher zu setzen wäre, und eine einzige Durchtrennung, die sich nachträglich beim Auslösen einer verwachsenen Zyste ereignete. Werden alle — nicht nur die nach der Methode von de Quervain operierten — Fälle in Betracht gezogen, so ergab sich dauernde Schädigung in 1,2 pCt. der Fälle. Verf. verwirft die noch vielfach geübte Freilegung des Nerven zum Zweck seiner Schonung, da bei dieser Methode ein Zerren an dem Nerven fast unvermeidlich ist. FINDER.

51) **Corneloup. Zwei Fälle von Larynxkomplikation bei Paratyphus. (Deux cas de laryngo-paratyphus bénins.)** *La Presse médicale. No. 29. 1916.*

In den beiden Fällen waren im Laufe des Paratyphus Erscheinungen von

Seiten des Larynx eingetreten, die völlig denen gleichen, die beim Typhus abdominalis beobachtet werden. Im ersten Fall bestanden Ulzerationen auf der lingualen Fläche der Epiglottis, Kongestion der Stimmbänder mit geringer Ulzeration des linken Stimmbandes, im zweiten Fall Schwellung der ary-epiglottischen Falten, der Taschenbänder, schliesslich Ulzeration des rechten Stimmbandes mit Parese desselben. Beide Fälle gingen in Heilung aus.

FINDER.

52) **Tapia. Quincke'scher Symptomenkomplex mit Kehlkopfödem nach Vergiftung mit Nahrungsmitteln. (Syndrome de Quincke avec oedème laryngé consécutif à une intoxication alimentaire.)** *La Presse médicale. 22. Mai 1916.*

Pat. zeigte ebenso wie einer seiner Tischgenossen am Morgen nach einem Mahl, das aus Büchsenschweinefleisch bestand, Urtikaria; am Abend typisches Quincke'sches Oedem mit Dyspnoe, Aphonie und heftigen Einziehungen, so dass bereits die Vornahme der Tracheotomie erwogen wurde. Nach 3stündiger Dauer verschwand jedoch unter Anwendung von Umschlägen die Dyspnoe von selbst.

FINDER.

53) **M. Hajek** (Wien). **Zum Kapitel Fehldiagnosen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1915.*

Demonstration eines 19jährigen Mannes in der Sitzung der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien; der Patient zeigte das Bild einer typischen Perichondritis interna und externa laryngis, die bei dem schlechten Aussehen des Patienten als tuberkulös angesprochen wurde, zumal die Anamnese keine anderweitigen Schlüsse nötig machte. Nach 4tägiger Beobachtung fand man nach Abschwellung der Weichteile laryngoskopisch im Larynx eine lange Nadel als Ursache der Affektion. Durch das Typische an dem Falle hatte man sich verleiten lassen, nicht näher über die Ursache sich zu informieren und hatte dazu auch keinen Grund, nachdem namentlich von einem Fremdkörper keine Rede war.

O. CHIARI.

54) **R. Steiner** (Prag). **Papilloma laryngis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. S. 308. 1916.*

Vor 5 Jahren endolaryngeale Entfernung eines erbsengrossen Papilloms des rechten Stimmbandes bei einem 60jährigen Patienten (histologischer Befund: Papillom von myxofibromatösem Bau). Jetzt am linken Stimmband ein grösserer, offenbar ebenfalls papillomatöser Tumor.

O. CHIARI.

55) **Arthur Jaehne. Ein Fall von Tuberkulom des Larynx.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 8.*

Es handelt sich um einen enorm grossen Larynxtumor bei einer Phthisikerin, der das Lumen der Glottis fast völlig verlegte. Der Tumor wurde in mehreren Sitzungen mit Schlinge und Doppelkurette abgetragen; es ergab sich, dass sein Ursprung im rechten Sinus Morgagni war. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkel und in geringer Zahl auch Tuberkelbazillen.

FINDER.

56) **M. Hajek** (Wien). **Seltenere Kehlkopftumoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 85. 1916.*

Fall 1. Bei 32 Jahre altem Mann grosses Fibrom, den Kehlkopfeingang

fast vollständig verlegend. Auffallende Hypästhesie der Kehlkopfschleimhaut und des Tumors, so dass bei Sondierung kein Husten und Brechreiz sich einstellten uud dio endolaryngeale Entfernung ohne Kokain möglich war. Symptome: gedämpfte Stimme und erschwerte Atmung. Patient hatte nicht wegen des Halses, sondern wegen Nasenblutens ärztliche Hilfe aufgesucht.

Fall 2. Submuköses Fibrom, das Larynxlumen ausfüllend. Eintritt in das Spital wegen hochgradiger Atemnot: Tracheotomie und später Laryngofissur. Heilung: Atmung wieder vollkommen normal, Stimme leidlich gut.

Fall 3. Kehldeckelzyste, die den Larynxeingang verdeckte und Atem- und Schluckbeschwerden verursachte. Endolaryngeale Entfernung mit Schlinge. Zystenwand aussen und innen mit Plattenepithel bedeckt.

OPPIKOFER.

57) **Carl v. Eicken. Röntgenbild und Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 103.*

Auf Grund zweier eigenen Erfahrungen und 723 zu seiner Kenntnis gekommener bronchoskopischer Fremdkörperfälle, bei denen Röntgenuntersuchung gemacht wurde, kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass nur positive Resultate in diagnostischer Hinsicht verwertbar sind, dass man aber selbst bei metallischen Fremdkörpern sich nicht durch negativen Ausfall der Röntgenuntersuchung verleiten lassen dürfe, auf das Nichtvorhandensein eines Fremdkörpers zu schliessen. In zweifelhaften Fällen ist man also nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, die Diagnose durch die Bronchoskopie klar zu stellen.

FINDER.

58) **O. Chiari** (Wien). **Schrapnellkugel aus dem linken Hauptbronchus endoskopisch entfernt.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1915.*

Ch. stellt in der Sitzung vom 30. Oktober 1915 der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Hauptmann vor, bei welchem er vor 3 Tagen eine von aussen eingedrungene Kugel von 14 mm Durchmesser und 18 g Gewicht aus dem linken Hauptbronchus mit Hilfe der direkten oberen Bronchoskopie extrahiert hat, wohl der erste derartige Fall. Der Patient, der unterdessen beiderseitige Pleuritis und Bronchitis überstand, wurde von der chirurgischen Klinik des Hofrates von Hochenegg an die laryngologische Klinik O. Chiari's überwiesen. Den Verlauf der Extraktion schildert nun O. Chiari folgendermassen:

Die Kugel war fast genau vor einem Jahr von oben durch den rechten Musculus cucullaris 8 cm nach aussen von dem Dornfortsatze des zweiten Brustwirbels eingedrungen und durch den Oberlappen der rechten Lunge wahrscheinlich hinter der Trachea in den Oberlappen der linken Lunge gelangt. Dort erzeugte sie Entzündung und Eiterung und senkte sich allmählich bis in den linken Hauptbronchus. Starke eitrige Bronchitis, wahrscheinlich mit ausgedehnten Bronchiektasien nach dem reichlichen Sekret und den grossblasigen konsonierenden Rasselgeräuschen im linken Unterlappen zu schliessen, war die Folge. Ich will noch erwähnen, dass der Patient im Dezember 1914 und Juni 1915 kleine Tuchreste aushustete, wonach das Fieber verschwand. Ein Skiagramm vom 26. Oktober 1914 zeigte die Kugel hinter dem linken Sternoklavikulargelenk, das letzte, vom 25. Oktober 1915, hinter dem Knorpel der vierten Rippe links, also beiläufig in der Höhe des linken Hauptbronchus. Die Beobachtung am Barium-

platinzyanürschirm ergab mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass sich die Kugel frei in dem Bronchus während des Hustens nach innen und oben bewegte. Die direkte obere Bronchoskopie durch Mund, Kehlkopf und Trachea gelang sehr leicht in Lokalanästhesie mit Kokain-Adrenalinlösung. Das bronchoskopische Rohr von 14 mm Durchmesser liess sich anstandslos in den linken Bronchus einführen und stiess 33 cm von der oberen Zahnreihe auf die Kugel. Mein Assistent Dr. Frühwald hatte schon 14 Tage vorher eine Zange, ähnlich der Brünings'schen Bohnenzange, aber etwas grösser und stärker anfertigen lassen und an ähnlichen Kugeln ihre Verlässlichkeit geprüft. Mit ihr fasste ich sofort die Kugel, zog sie bis an die Röhre heran und samt ihr völlig aus dem Mund heraus. Die ganze Operation samt Demonstration des bronchoskopischen Bildes an die Assistenten und den Herrn Oberarzt Dr. Feuchtinger hatte höchstens 5 Minuten gedauert. Die Stimme blieb immer rein; auch die spätere indirekte Laryngoskopie zeigte nicht die geringste Verletzung der Stimmlippen. Der Patient gab später an, dass er bei der Bronchoskopie nur etwas Schmerzen der Zunge durch Druck der Röhre empfunden habe. Jetzt, drei Tage nachher, fühlt er sich sehr wohl und hustet grosse Mengen eitrigen Sputums aus, und zwar viel mehr als während der Anwesenheit der Kugel im Bronchus. Er kann jede Lage einnehmen, sich bücken und auf der rechten Seite liegen, während dies vor der Entfernung der Kugel jedesmal schweren Husten und Atemnot hervorrief; es liessen auch diese Erscheinungen auf eine ziemlich freie Beweglichkeit der Kugel schliessen. Der Fall zeigt jedenfalls die grosse Leistungsfähigkeit der genialen Killian'schen Erfindung.

HANSZEL.

59) **Karl Kofler** (Wien). **Die in den letzten fünf Jahren an der Klinik O. Chiari's zur Behandlung gekommenen Fremdkörper des Larynx, der Trachea und Bronchien.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40/41. 1915.*

5 Larynxfremdkörper, davon 4 aspiriert, 1 von aussen eingedrungen. Hinweis auf die Wichtigkeit einer exakten Röntgendiagnostik, da eine unvollständige Radioskopie z. B. nur eine negative en face-Aufnahme zur Unterlassung der genauen laryngoskopischen Untersuchung Veranlassung geben kann, wie z. B. im Falle II der eben beschriebenen Fälle. Fremdkörper im Larynx bleiben oft relativ symptomlos und dies manchmal lange Zeit.

25 Fälle von Fremdkörpern der Trachea und der Bronchien, davon $^2/_3$ bei Kindern und in allen Fällen aspiriert. Fast alle Fälle waren akute, 8 Fälle über 18 Tage, 1 Fall 7 Jahre. In 20 Fällen rechter Bronchus. Die Diagnose war in den meisten Fällen schon aus der Anamnese zu stellen. In 24 Fällen kam die Bronchoscopia directa superior zur Anwendung, in 1 Fall die inferior, und zwar in fast allen Fällen in Rückenlage ausgeführt mit etwas tiefer liegendem Oberkörper und überhängendem Kopfe. In 16 Kinderfällen wurde in Allgemeinnarkose mit Billroth-Mischung, in den übrigen 9 Fällen, Erwachsene betreffend, in Lokalanästhesie (Kokain oder Alypin-Adrenalinmischung nach Ephraim) operiert. — Es hat sich als zweckmässig gezeigt, den Mesopharynx nicht zu anästhesieren, da dies vom Patienten höchst lästig empfunden wird und meist überflüssig ist.

Es folgen nun die Mitteilungen über Schwierigkeiten in den einzelnen Fällen und über Nachbehandlung. — Kofler verwendet elliptisch geformte Rohre und etwas längere als von Killian angegeben und bespricht die Vorteile dieser Abänderung, die für den Oesophagus von O. Chiari auf der Jahresversammlung deutscher Laryngologen in Kiel (Pfingsten 1914) angegeben und demonstriert wurde.

HANSZEL.

60) **R. Dreyfuss** (Strassburg). **Ueber Tracheopathia osteoplastica. Bemerkungen zu Freund's gleichnamiger Publikation.** *Passow's Beiträge usw. Bd. 8. S. 299.*

Dr., der schon früher im Arch. f. Lar. 1910. Bd. 23. S. 316 über 3 Fälle von Knochenbildung in der Schleimhaut der Luftröhre (in dem Fall 1 auch in der subglottischen Schleimhaut des Kehlkopfes) berichtet hat, teilt in vorliegender Arbeit eine weitere analoge Beobachtung mit. Dr. kommt bezüglich der Entstehung der Knorpel- und Knocheninseln und bezüglich ihres Abhängigkeitsverhältnisses von den Trachealringen an Hand seiner Erfahrung und des Literaturstudiums zu folgendem Schluss: Es gibt in der Schleimhaut der unteren Luftwege zwei Formen krankhafter Knochenbildung. Die erste, relativ häufige, ist diejenige, bei der durch Metaplasie aus dem Bindegewebe der Trachealschleimhaut Knorpel gebildet wird. Dieser Knorpel kann als solcher vielleicht lange Jahre bestehen; sein natürliches Ende ist aber der Uebergang in markhaltiges Knochengewebe. Diese Knochengebilde können mit den Trachealringen kontinuierlich verwachsen; vermutlich bedarf es aber zur Ausbildung dieser Verwachsung vieler Jahre oder Jahrzehnte. Diese richtige Verwachsung ist eine grosse Seltenheit. Die oben beschriebene Form wurde bisher nur in Trachea und Bronchien beobachtet. Grundverschieden ist die zweite Form von ganz flacher Knochenbildung. Sie findet sich auch im Kehlkopf (und in der Luftröhre). Bei ihr bildet sich der Knochen ohne knorpliges Vorstadium direkt aus dem elastischen inneren Bande.

OPPIKOFER.

61) **Chiari. Partielle Resektion der Trachea.** *Sitzung der Gesellsch. der Aerzte in Wien am 6. März 1914.*

Nach partieller Resektion der Trachea bleiben bei der zirkulären Naht mit Hochziehung des Trachealstumpfes nicht selten Dehiszenzen übrig. Es wird empfohlen, für solche Fälle das Trachealrohr nur etwa zur Hälfte zu entfernen und durch Annäherung türflügelförmiger Hautlappen an die Trachealränder ein neues Trachealstück zu bilden.

HANSZEL.

e II) Stimme und Sprache.

62) **S. Marx** (Strassburg). **Ueber psychogene Stimmstörungen bei Kriegsteilnehmern.** *Passow's Beiträge usw. Bd. 8. S. 318. 1916.*

Stimmstörungen als Ausdruck einer traumatischen Neurose sind im Verlaufe des jetzigen europäischen Krieges nicht selten. M. teilt 13 Fälle mit: Bei den ersten 4 Soldaten war das Larynxinnere vollkommen normal. Bei den 5 weiteren Fällen hatte eine leichte Laryngitis die psychogene Aphonie hervorgerufen. Bei Fall 10 war auch Flüstersprache nicht mehr möglich (Abutismus); auch hier Atemübung mit Kompression des Larynx und rasche Heilung. Bei den Fällen 11

und 12 handelte es sich um psychogenes Stottern, aufgetreten nach schweren Aufregungen. Bei Fall 13 bestand ein funktioneller inspiratorischer Glottiskrampf; Heilung durch Atemübungen. Da bei der psychogenen Aphonie der grösste Teil der Exspirations- und damit der Phonationsluft vergeudet wird, so hat die Therapie vor allem darauf auszugehen, die Atmungsweise zu korrigieren; die Atemübungen sind dann auch durch Sprechübungen zu ergänzen. OPPIKOFER.

63) **Frank Cole Madden. Ein Fall von ausgesprochener temporärer Aphasie nach Ligatur der Carotis communis wegen traumatischem Aneurysma. (A case of marked temporary aphasia after ligature of the common carotid artery for traumatic aneurysm.)** *British med. journ. 22. April 1916.*

Es handelt sich um einen 23jährigen Mann, bei dem nach einem Stich in die linke Halsseite sich ein Aneurysma arterio-venosum gebildet hatte, das zusehends wuchs. Es schien von der Carotis communis auszugehen; bei Druck auf diese sistierte die Pulsation des Tumors völlig. Bei der Operation musste die Carotis communis und die Vena jugularis interna unterbunden werden. Nach der Operation war Pat. ungefähr 14 Tage lang aphasisch, erst allmählich konnte er wieder seinen Gedanken durch Worte Ausdruck geben. FINDER.

64) **Neumann** (Wien). **Paraffininjektion im Kehlkopf wegen Aphonie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. S. 1148. 1914.*

Frau, die seit dem 4. Lebensjahr nach Diphtherie aphonisch, und bei der das linke Stimm- und Taschenband narbig zerstört, der linke Aryknorpel unbeweglich war. Das rechte Stimmband bewegte sich über die Mittellinie, doch blieb bei der Phonation eine grosse Lücke. Durch endolaryngeale Paraffininjektion wurde die Gegend des linken Stimm- und Taschenbandes so weit prominent gemacht, dass beim Intonieren eine Art von Stimmritze entstand. Patientin spricht mit heiserer aber laut vernehmbarer Stimme. Erfolg hält seit 15 Monaten an.

R. HOFFMANN.

65) **E. Fröschels** (Wien). **Zur Sprache Taubstummer.** *Wiener med. Wochenschr. No. 49. 1915.*

Vortrag gehalten in der Sitzung vom 28. Juni 1915 der österr. otologischen Gesellschaft mit Vorstellung von Patienten. Sehr wichtig ist die Uebung der Sprechatmung bei Taubstummen und jeder Rest von Gehör, der bei genauer Untersuchung entdeckt und dann verbessert wird, ist von grossem Werte. In der Diskussion betonte Urbantschitsch, dass die Taubstummen, welche Vokalgehör besitzen, ganz anders sprechen als solche ohne Vokalgehör und dass sie sich in der Modulation wesentlich unterscheiden. O. CHIARI.

66) **Th. E. ter Kuile. Neues zur Vokal- und Registerfrage.** *Pflüger's Archiv f. d. ges. Phys. Bd. 153.*

Die Arbeit bringt eine Fülle neuer Tatsachen zur Lösung des Vokalproblems. K. konstruierte sich Pappschachteln mit einem Pappe- oder Korkboden und verschieden weiten Oeffnungen. An den Böden schlagen elektrische Hammer an, die durch Wechselstrom in Bewegung versetzt werden. So gelang es ihm, die

Vokale a, ao, o, u, ä, äö, ö, e nebst Uebergängen zwischen diesen Vokalen zu erzeugen. Er hat weiter herausgefunden, dass ausser dem Eigentonbezirk des Klangkörpers noch ein zweites Merkmal bei der Vokalbildung von Wichtigkeit ist, nämlich das, was er als Akuität bezeichnet. (Näheres im Original.)

K. spricht dann über die mögliche stimmphysiologische Nebenbedeutung der adenoiden Halsschleimhautgebilde und des Halsfettes, wobei er — meines Erachtens mit Recht — die Tatsache ins Feld führt, dass die meisten berühmten Sänger (Caruso und die Bayreuther Grössen) von untersetzter Gestalt sind, ein fettes Unterkinn und fetten Hals haben.

In einem weiteren Kapitel bespricht er die Analyse der Vokalkurven; denn die Bodenmembran des Klangkörpers und zwar im Experiment und beim Menschen (Boden der Mundrachenhöhle), ferner den Luftraum des Klangkörpers, weiter seine Wände.

Hierauf geht ter K. über zum Mechanismus der Bruststimme und der Falsettstimme, um am Schlusse seiner ergiebigen Studie über Anzahl und Namen der Register sich zu äussern und einige neue Betrachtungen über die Kopfstimme anzuschliessen.

Er fasst dann seine Theorie der Register zusammen. DREYFUSS.

67) **Wilhelm Steinitz. Experimentelle Untersuchungen über Kehlkopf- und Zungenlagen beim Singen und beim Pfeifen.** *Vox. H. 1. S. 36. 1916.*

Es wurden verglichen die Kehlkopfstellungen bei den gepfiffenen Tönen d^1 und d^2 sowie bei dem gepfiffenen und gesungenen Ton e^1; letzterer wurde zunächst auf den Vokal i, dann auf den Vokal a gesungen. Zur Untersuchung dienten die Röntgenaufnahmen, von denen eine (schlecht) wiedergegeben ist. Sie beschränken sich auf eine Versuchsperson ohne Gesangstechnik. Die Lage des Zungenbeins wurde „als der im Röntgenbild nachgewiesene Ausdruck der Kehlkopflage“ angenommen. Beim Pfeifen von höheren und tieferen Tönen war die Kehlkopflage bei tieferen Tönen tiefer als bei höheren, „sie erleidet aber auch in der horizontalen Richtung augenscheinliche Veränderungen“. „Das Verhältnis der Zungenbeinlage beim Singen und beim Pfeifen ist derart, dass die Auswahl des gesungenen Vokals wichtiger ist als die Höhe des gesungene Tones“ (bei der betr. Versuchsperson). NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

68) **Wilh. Hagen** (Nürnberg). **Die biologische Bedeutung der Schilddrüse im Organismus.** *Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 19. H. 3. 1916.*

Die 77 Seiten lange Arbeit mit einem Literaturverzeichnis von 287 Nummern eignet sich nicht zum kurzen Referat. Es seien nur die Kapitelüberschriften wiedergegeben: Anatomische Vorbemerkungen; Allgemeine Bedeutung der Schilddrüse; Entgiftung oder Sekretion?; Chemie der Schilddrüse; Physiologie der Schilddrüse (Sekretzubereitung und Sekretabgabe); Wirkung des Schilddrüsensekrets (Schilddrüse und Nervensystem, Hämatopoese, Stoffwechsel, Wachstumvorgänge, hormonopoëtisches System); Biologische Reaktion der Schilddrüse gegenüber äusseren Einflüssen. (Anpassungsfähigkeit und Krankheitsbereitschaft.) FINDER.

69) **Wegelin** (Bern). **Ueber die Ossifikationsstörungen beim endemischen Kretinismus und Kropf.** Nach einem Vortrag in der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, am 19. Februar. *Korr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 20. 1916.*

„Unsere Kenntnisse über den Einfluss der Schilddrüse gipfeln in dem Satze, dass die verminderte Funktion derselben das Knochenwachstum stört, während die vermehrte Funktion es fördert.“ „Die Individuen mit Aplasie — die vollständig fast nie vorkommt — der Hypoplasie der Schilddrüse zeigen ausgesprochenen Zwergwuchs.“ Bei thyreoidektomierten Tieren vollzieht sich die Frakturheilung langsamer als in der Norm.“ Auch für den endemischen Kretinismus hat Kocher die Ursache einer Hypothyreose scharf formuliert. Er wurde aber von gewichtigen Gegnern bekämpft. Der Streit hierüber endete nach Verf. mit dem endgültigen Nachweise, dass die Ossifikationsstörungen beim endemischen Kretinismus einerseits und bei der operativen Athyreosis andrerseits durchaus gemeinsame Züge zeigen, d. h. Persistenz der Knorpelfugen über das Wachstumsalter hinaus und ungenügende Ausbildung der primitiven knorpelresorbierenden Markräume.“ Hier spielt die Synchondrosis spheno-occipitalis die Hauptrolle, von welcher das Längenwachstum der Schädelbasis abhängt, in der Weise, dass der kretinhafte Gesichtsausdruck mit der tiefeingesunkenen Sattelnase entsteht, wenn sie zwischen dem 15. und 20. Lebensjahre nicht verknöchert. Nach Verf. bleibt auf alle Fälle die Tatsache bestehen, dass eine im Kindesalter eintretende Hypothyreose das körperliche Bild des Kretinismus zu erzeugen vermag. Und damit ist, wie er glaubt, auch für die Entstehung des Zwergwuchses bei endemischem Kretinismus die Kette der Beweise geschlossen, also die bezügliche von ihm schon früher ausgesprochene Theorie Kocher's bestätigt.

Die weitere Frage, ob auch beim gewöhnlichen endemischen Kropfe ohne Kretinismus leichte Störungen der Ossifikation zu beobachten seien, lässt sich mit Sicherheit dahin beantworten, dass sich in Gegenden, wo der Kropf endemisch stark verbreitet ist, nicht selten schon in der fötalen Periode eine deutliche Ossifikationshemmung vorfindet, welche ihre Ursache möglicherweise in einer Hypothyreose hat und sich in einem Mangel des Knochenkerns in der unteren Femurepiphyse äussert. Eine eigene Tabelle des Verf. über 70 Leichenbefunde von totgeborenen oder neugeborenen bis 2 Wochen alten Kindern von 45—55 cm Körperlänge gibt über das Verhältnis des Knochenkerns und ebenso der Thymusdrüse in diesen frühesten Lebenszuständen einigen Aufschluss.

JONQUIÈRE.

70) **Alfred Trautmann. Hypophyse und Thyreoidektomie.** *Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 18. S. 173. 1916.*

Zweck dieser experimentellen Arbeit war darzulegen, welche Rückwirkung die totale oder partielle Ausschaltung der Funktion der Thyreoidea infolge Thyreoidektomie auf den Zustand der sämtlichen Bestandteile der Hypophyse in anatomischer wie histologischer Hinsicht ausübt.

Versuche an Ziegen, die bis zu 30 Monaten nach der Schilddrüsenentfernung lebten. Es entstehen hochgradige Veränderungen in der ganzen Hypophyse, im

Drüsenlappen, der Hypophysenhöhle, im Zwischenlappen, im Umschlagsteil und im Hirnteil.

Näheres, ebenso die Schlussfolgerungen, sind im Original nachzulesen.

DREYFUSS.

g) Oesophagus.

71) **Girard** (Genève). **Vorstellung von Fällen von Oesophaguserkrankung.** Société médicale de Genève. *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2. 1916.*

a) Stenose der Speiseröhre infolge Verschluckens von Aetzkali. Pat. konnte, operiert nach Roux und Wullstein, bald wieder Flüssigkeiten und Breinahrung ohne Schwierigkeiten schlucken.

b) Neubildung im oberen Teil der Speiseröhre, welche auch die rechte Seite des Kehlkopfes durchwuchert hatte. G. entfernte zuerst die rechte Kehlkopfhälfte und gelangt dann leicht zu dem Carcinom der Speiseröhre, welches nur ein Drittel des Umfangs derselben einnahm. Er konnte es mit 2 Längsschnitten auslösen und die Naht anlegen. Die so entstandene mässige Verengerung der Speiseröhre gestattete bald Ernährung mit flüssigen und halbflüssigen Speisen. Patient behielt auch eine gut verständliche Flüsterstimme.

Ch. Girard, dieser hervorragende Chirurg der Genfer Universitätsklinik, früher in Bern, den wir erst vor 2 Monaten an einer Pneumonie verloren haben, rät an, bei günstig lokalisiertem Krebs des Larynx und der Speiseröhre immer zuerst die Hälfte des Kehlkopfes zu entfernen.

JONQUIÈRE.

72) **Albert E. Stein** (Wiesbaden). **Papaverin zur Differentialdiagnose zwischen Oesophagospasmus und Oesophagusstenose.** *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 23. H. 4. 1915.*

Holzknecht und Sgalitzer (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 36) und später Szerb und Revesz (Klin. therap. Wochenschr., 1914, Nr. 9) haben zuerst das Papaverin zu röntgendiagnostischen Zwecken und ferner speziell für die Unterscheidung von Pylorospasmus und Pylorostenose benutzt. Verf. hat dasselbe Verfahren in einem Fall angewandt, in dem die Diagnose schwankte zwischen Oesophagospasmus und Oesophagostenose. Eine Röntgendurchleuchtung war in Bezug auf die Differenzierung der Diagnose resultatlos geblieben. Etwa 15 Minuten vor der folgenden Durchleuchtung wurden 0,03 Papaverin subkutan injiziert; es zeigte sich jetzt, dass das früher vorhanden gewesene Hindernis verschwunden war und die Kontrastspeise in den Magen gelangte. Damit war der Beweis erbracht, dass es sich um einen Spasmus gehandelt hatte. Nun wurde das Mittel auch therapeutisch gebraucht und zwar in Form von Tabletten à 0,05 mehrmals täglich; es trat bald dauernde Erleichterung der Beschwerden ein.

FINDER.

73) **Eugen Weiss. Sechs Fälle von Oesophaguserweiterungen.** *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 23. H. 5. 1916.*

Es werden zur Besprechung der heutigen Anschauungen über Oesophaguserweiterungen 6 Fälle von Erweiterungen des Oesophagus unter kurzer Mitteilung

der Krankengeschichten und Illustrationen durch die gewonnenen Röntgenbilder publiziert. Die 3 Fälle von diffuser Dilatation haben das Gemeinsame der neuropathischen und speziell vagotonischen Veranlagung der betreffenden Patienten und liefern demgemäss einen neuen Beweis für die Richtigkeit der allgemeinen Annahme einer neurogenen Entstehungsursache dieses Krankheitsbildes wie der speziellen einer Schädigung im Vagusgebiet.

FINDER.

VI. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1915.

I. S. Gatscher: Ein Steckschuss im hinteren Mediastinum mit Beziehung zum Oesophagus.

Der Mann wurde am 8. Mai 1915 auf dem nördlichen Kriegsschauplatze in sitzender Stellung durch eine Schrapnellkugel, die oberhalb der linken Spina scapulae eindrang, verwundet.

Fassen wir die Anamnese, den internen Befund sowie das Ergebnis der Röntgenuntersuchung zusammen, so gelangen wir zu folgender Auffassung der Erscheinungen in den ersten Wochen nach der Verletzung und des gegenwärtigen Zustandes:

Die Kugel drang anscheinend steril (kein Fieber!) in das Mediastinum ein, verletzte keines der Gebilde in demselben, sondern blieb im periösophagealen Gewebe stecken. Durch die auf diesem Wege entstandene Blutung kam es zur Bildung eines Hämatoms und weiterhin zu einer kapsulären Entzündung, einer sterilen Mediastinitis. (Residuen derselben im gegenwärtigen internen Befund.) Dieser Entzündungsprozess verursachte die eingangs erwähnten allmählich zurückgehenden Schluckbeschwerden, deren Charakter schon im vorhinein eine direkte Verletzung des Oesophagus ausschliessen lässt und die daher als Verdrängungserscheinungen aufgefasst werden müssen, wie es auch durch das Röntgenbild erwiesen wird. Das Stechen in der rechten Brustseite kann durch die anatomischen Veränderungen der überstandenen Mediastinitis erklärt werden.

G. ist der Ansicht, dass gegenwärtig keine Indikation zu irgend einer therapeutischen Massnahme besteht. In der Lage des Projektils ist während der siebenwöchigen Beobachtungszeit keine Veränderung aufgetreten. Es scheint, dass ein derbes Narbengewebe eine Mobilisierung der Kugel verhindert.

Emil Glas berichtet über einen Fall von Oesophagusverletzung. Das Projektil war rechts horizontal in das Trigonum caroticum eingedrungen, links ebendort hinaus und hatte den Oesophagus gelocht. Gastrostomie. Zuheilung der ösophagealen Wunde. Das normale Schlucken hat sich wieder allmählich eingestellt. Jedenfalls war die relative Ruhigstellung des Oesophagus infolge zeitweiser Ausschaltung des ösophagealen Schluckaktes für die Ausheilung des Prozesses von Bedeutung.

Frühwald: Wir hatten bis jetzt Gelegenheit, 3 Schussverletzungen des Oesophagus an der Klinik zu beobachten, die alle glatt, ohne jedwede Komplikation geheilt sind. Oesophagoskopisch konnten wir in dem einen Fall bereits Narbenbildung, in dem zweiten Fall Granulationen an der Stelle des Ein- und Ausschusses konstatieren und bei dem dritten Pat. handelte es sich um ein mattes Geschoss, das bloss in den Oesophagus eingedrungen war und dann ausgespuckt wurde.

II. Hanszel stellt a) eine Patientin vor, welche vor 15 Jahren an der Klinik wegen Trachealstenose durch Membranen im Anschluss an eine abgelaufene Diphtherie (Velumparese) in Behandlung stand. Seither leidet die Pat. an rezidivierender Tracheitis sicca mit starker Borkenbildung ausschliesslich in der Trachea, so gerade jetzt wieder.

Roth: Ich halte dafür, dass der Schluss, den der Vortragende gezogen hat, dass nämlich die vor langer Zeit stattgehabte Erkrankung, die er als Trachealdiphtherie bezeichnet, jetzt öfter rezidiviert, indem sich Krusten und Borken in der Trachea bilden, nicht gerechtfertigt ist und dass es sich um eine jener oft bei derselben Person im Frühjahr und Herbst auftretenden trockenen Tracheitiden handelt.

Weil frägt, ob der Schluss von Gaumensegellähmung auf Diphtherie wirklich ein absoluter sei; er hat wiederholt klinisch-typische Streptokokkenanginen mit nachträglicher Gaumenlähmung gesehen und diese daher nur als Wirkung von Toxinen im allgemeinen aufgefasst.

Réthi: Es ist fraglich, ob ein inniger Zusammenhang zwischen der seinerzeit bestandenen Diphtherie und der oft wiederkehrenden Tracheitis sicca besteht. Die trockene Entzündung der Luftröhre ist vielleicht doch als selbständige Erkrankung aufzufassen, die eben sehr gern rezidiviert.

Adalb. Heindl betrachtet das Auftreten einer Gaumensegellähmung 3 Wochen nach der Erkrankung als direkt beweisend für den diphtheritischen Charakter dieser Erkrankung.

O. Chiari betont, dass es sich in Herrn Hanszel's Fall wirklich um Diphtherie der Trachea handelte, weil die Membranen ganz wie Diphtheriemembranen aussahen und eine postdiphtherische Lähmung des Velums eintrat. Wahrscheinlich erlitt dabei das Flimmerepithel der Trachea eine Metaplasie zu Plattenepithel, welches die Ursache der stärkeren Adhärenz des Sekrets bei späteren Katarrhen abgab.

Hanszel (Schlusswort): Herrn Prof. Roth möchte ich eben zu bedenken geben, dass ich ausdrücklich von einer Tracheitis sicca sprach ohne die sonst gewöhnlich mitbestehende Laryngitis sicca. Herrn Dr. Weil gegenüber betone ich, dass wir damals an der Klinik keinen Grund hatten, an der abgelaufenen Diphtherie zu zweifeln, vor allem wegen der Velumparese.

b) Einen Soldaten mit brückenförmigen Synechien der Stimmbänder ohne sonstige Larynxveränderungen nach Durchschuss des

der Krankengeschichten und Illustrationen durch die gewonnenen Rön
publiziert. Die 3 Fälle von diffuser Dilatation haben das Gemeinsame
pathischen und speziell vagotonischen Veranlagung der betreffenden P
liefern demgemäss einen neuen Beweis für die Richtigkeit der A
nahme einer neurogenen Entstehungsursache dieses Krankheitsbil
ziellen einer Schädigung im Vagusgebiet.

VI. Kritiken und Gesellschaft

a) Wiener Laryngo-rhinologische Gesel

Sitzung vom 3. November 191

I. S. Gatscher: Ein Steckschuss im hint
Beziehung zum Oesophagus.

Der Mann wurde am 8. Mai 1915 auf dem nörd
sitzender Stellung durch eine Schrapnellkugel, die o
pulae eindrang, verwundet.

Fassen wir die Anamnese, den internen Befun
genuntersuchung zusammen, so gelangen wir z
scheinungen in den ersten Wochen nach der V
Zustandes:

Die Kugel drang anscheinend steril (kei
verletzte keines der Gebilde in demselben, son
webe stecken. Durch die auf diesem Wege e
dung eines Hämatoms und weiterhin zu eine
rilen Mediastinitis. (Residuen derselben
Dieser Entzündungsprozess verursachte die
gehenden Schluckbeschwerden, deren Cha
Verletzung des Oesophagus ausschliessen
erscheinungen aufgefasst werden müssen
wiesen wird. Das Stechen in der rechte
Veränderungen der überstandenen Med

G. ist der Ansicht, dass gegenwä
peutischen Massnahme besteht. In
siebenwöchigen Beobachtungszeit kei
ein derbes Narbengewebe eine Mobil

Emil Glas berichtet über ei
jektil war rechts horizontal in das
dort hinaus und hatte den Oes
ösophagealen Wunde. Das norm
stellt. Jedenfalls war die relativ
Ausschaltung des ösophageale
von Bedeutung.

der Operation notwendig, wenn man Knochen-
Zuwarten aus anderen Gründen nicht un-

aumatischen Empyeme möchte
wobei ja sicherlich eine
holt derartige Fälle,
Entzündung der

mo-

va
uss
elang
nhöhle
die Pat.
in der Er-
halten. Der
etion mehr zu
ne erbsengrosse
, weil von Seiten
endonasale Tränen-
Sackes meist keinen

piphora rechts ebenfalls
den rechten Tränensack
er gut gelungen.
Kommunikation des Tränen-
e Tamponade der Wunde für
n ein permanenter Abfluss des
licht wird und weil der Tampon
nulationen Veranlassung gibt. Das
sackinhaltes in die Nase gleich nach
Tage bei genügend grosser Kommuni-
genügend funktionierende Dauerfistel und
ens.

1910 eine unter der Haut des rechten unteren
von $1^1/_2$ cm Länge, $^1/_2$ cm Breite und rötlich-
Lid hinaufgedrückt haben soll, auf operativem

Kehlkopfs gerade in der Glottisebene. Therapeutisch glaubt Hanszel relativ leicht und erfolgreich die der Larynxhinterwand näher gelegene Brücke beseitigen zu können, während die kleinere Verwachsung nahe dem vorderen Winkel der Stimmbänder therapeutisch grosse Schwierigkeiten machen dürfte.

Kofler bemerkt, dass er vor einigen Wochen einen ähnlichen Fall zur Behandlung übernommen hat.

Adalb. Heindl: Auf die Bemerkung Prof. Hajek's hin erinnert Sprecher an einen Fall (junges Mädchen) von subglottischer Membran nach Tracheotomie wegen Diphtherie in der Kindheit mit exzentrischem Lumen, welchen er vor einigen Jahren hier vorstellte.

Glas: Anlässlich der Demonstration von kongenitalen Larynxdiaphragmen, jenen schwimmhautähnlichen Bildungen im Gebiete der vorderen Kommissur, war dieselbe Frage der endolaryngealen Therapie dieser Fälle zur Diskussion gestellt. Inzision oder Exzision mit nachfolgender Tubagierung mittels Schrötter'scher Röhren erscheint angezeigt. Pat., der derzeit ganz ruhig atmet, wird bei jeder Behandlung an Glottisweite gewinnen, doch ist die Prognose quoad vocem bei solchen Fällen stets nicht ganz günstig, da die synechialen Reste im Gebiete der vorderen Kommissur immer die Stimme ein wenig heiser erscheinen lassen.

Hanszel (Schlusswort): Therapeutisch habe ich die Zerstörung der Brücke mit dem Locheisen vor mit nachfolgender Bougierung.

III. Emil Glas demonstriert sechs Fälle von Kiefereiterungen nach Schussverletzungen.

In Friedenszeiten sahen wir seltene Fälle von traumatischem Empyem. Ich erinnere mich eines Falles von Stirnhöhleneiterung, den ich nach Killian radikal operieren musste (der Fall wurde hier vorgestellt) und dessen Anamnese ein Trauma (Fusstritt mit Reaktionserscheinungen) ergeben hatte. Im Kriege sind die Fälle von Kieferhöhleneiterungen nach Traumen häufig. Zum Teil sind sie mit Frakturierungen oder Fissuren, beziehungsweise Sequesterbildungen im Kiefer kombiniert, zum Teil handelt es sich um Streifschussverletzungen ohne nachweisbare Knochenläsion. Einige dieser Fälle, wo Schrapnellsplitter, abgebrochene Zahnwurzeln oder Sequester im Antrum zu finden sind, haben übelriechenden Eiter, die meisten der Fälle sind chronischen Charakters und bedürfen radikaler Massnahmen zur Ausheilung.

Als Beispiel für den Umstand, dass oft schwer erscheinende Verletzungen in diesem Gebiete relativ geringen Schaden ausüben, führt Glas einen Fall aus seiner Arbeit „Etwas über Gesichts- und Halsschüsse“ aus dem Felde an: „Einschuss am Os zygomaticum rechts, das rechte Antrum Highmori perforierend, einen Fleischwulst im Gebiete der Pars horizontalis ossis palatini aufwerfend, knapp an der Carotisteilung links der Ausschuss. Pat. ass noch am Abend seiner Verwundung bei gutem Appetit seine Fleischkonserve.“

Kofler bemerkt zu den Ausführungen des Vortragenden, dass die Entfernung des Geschosses aus dem Antrum allein eine eitrige Entzündung desselben jedenfalls nicht immer zum Abheilen bringe; es sei meist die regelrechte Radikal-

operation, oftmals Zuwarten mit der Operation notwendig, wenn man Knochensequestrierung erwartet und wenn das Zuwarten aus anderen Gründen nicht unstatthaft ist.

Otto Mayer: Bezüglich der Entstehung der traumatischen Empyeme möchte ich bemerken, dass ein platter Durchschuss der Höhle, wobei ja sicherlich eine Blutung in dieselbe eintritt, nicht genügt; ich habe wiederholt derartige Fälle, die glatt geheilt waren, gesehen. Zum Zustandekommen der Entzündung der Höhle ist stets eine grössere Zerreissung der Höhlenwand notwendig.

O. Chiari glaubt, dass es an der Zeit wäre, statt „Sinusitis“ das etymologisch richtigere Wort „Antritis“ zu gebrauchen, wie er es schon 1902 vorgeschlagen hat. Ferner sollte man nicht „Empyem“ für Eiterungen der Nebenhöhlen mit freiem Ausfluss in die Nase gebrauchen, weil dies dem pathologischen Sprachgebrauch widerspricht, sondern Antritis suppurativa oder ichorosa, je nach der Beschaffenheit des Sekrets.

Sitzung vom 1. Dezember 1915.

I. Kofler stellt a) eine 50jährige Patientin vor, bei der er vor etwa $3^1/_2$ Monaten den linken chronisch-entzündeten, bis zur Grösse einer Haselnuss erweiterten Tränensack endonasal eröffnet hat. Die endonasale Eröffnung gelang leicht, es floss viel rahmiger Eiter ab, die Kommunikation mit der Nasenhöhle wurde möglichst gross gemacht, zum Schluss aber nicht tamponiert und die Pat. angewiesen, öfter im Tag den dilatierten Tränensack auszudrücken, in der Erwartung, dadurch eine gut funktionierende, permanente Fistel zu erhalten. Der Erfolg ist ein voller; keine Spur einer Dilatation und keinerlei Sekretion mehr zu sehen, in der Nase sieht man an der Stelle der Eröffnung nur eine erbsengrosse seichte Delle. K. stellt diesen Fall hauptsächlich deshalb vor, weil von Seiten einiger Ophthalmologen die Ansicht geäussert wurde, dass die endonasale Tränensackeröffnung in den Fällen von stärkerer Dilatation des Sackes meist keinen vollen Erfolg zeitige oder manchesmal ganz im Stiche lasse.

Einen Monat später eröffnete er wegen einfacher Epiphora rechts ebenfalls sowie links infolge Stenose des Ductus nasolacrymalis den rechten Tränensack auf endonasalem Wege. Hier ist die Operation weniger gut gelungen.

K. legt Gewicht auf die Anlegung einer grossen Kommunikation des Tränensackes mit der Nasenhöhle und hält nachherige Tamponade der Wunde für schlecht, weil nur durch Vermeidung derselben ein permanenter Abfluss des Tränensackinhaltes in die Nasenhöhle ermöglicht wird und weil der Tampon selbst zweifellos zu stärkerer Bildung von Granulationen Veranlassung gibt. Das permanente reichliche Abfliessen des Tränensackinhaltes in die Nase gleich nach der Operation und während der folgenden Tage bei genügend grosser Kommunikation gewährleistet am meisten eine genügend funktionierende Dauerfistel und damit eine Heilung des Tränensackleidens.

b) Bei diesem Patienten wurde 1910 eine unter der Haut des rechten unteren Augenlides befindliche Geschwulst von $1^1/_2$ cm Länge, $^1/_2$ cm Breite und rötlichgelbem Aussehen, die das untere Lid hinaufgedrückt haben soll, auf operativem

Kehlkopfs gerade in der Glottisebene. Therapeutisch glaubt Hanszel relativ leicht und erfolgreich die der Larynxhinterwand näher gelegene Brücke beseitigen zu können, während die kleinere Verwachsung nahe dem vorderen Winkel der Stimmbänder therapeutisch grosse Schwierigkeiten machen dürfte.

Kofler bemerkt, dass er vor einigen Wochen einen ähnlichen Fall zur Behandlung übernommen hat.

Adalb. Heindl: Auf die Bemerkung Prof. Hajek's hin erinnert Sprecher an einen Fall (junges Mädchen) von subglottischer Membran nach Tracheotomie wegen Diphtherie in der Kindheit mit exzentrischem Lumen, welchen er vor einigen Jahren hier vorstellte.

Glas: Anlässlich der Demonstration von kongenitalen Larynxdiaphragmen, jenen schwimmhautähnlichen Bildungen im Gebiete der vorderen Kommissur, war dieselbe Frage der endolaryngealen Therapie dieser Fälle zur Diskussion gestellt. Inzision oder Exzision mit nachfolgender Tubagierung mittels Schrötter'scher Röhren erscheint angezeigt. Pat., der derzeit ganz ruhig atmet, wird bei jeder Behandlung an Glottisweite gewinnen, doch ist die Prognose quoad vocem bei solchen Fällen stets nicht ganz günstig, da die synechialen Reste im Gebiete der vorderen Kommissur immer die Stimme ein wenig heiser erscheinen lassen.

Hanszel (Schlusswort): Therapeutisch habe ich die Zerstörung der Brücke mit dem Locheisen vor mit nachfolgender Bougierung.

III. Emil Glas demonstriert sechs Fälle von Kiefereiterungen nach Schussverletzungen.

In Friedenszeiten sahen wir seltene Fälle von traumatischem Empyem. Ich erinnere mich eines Falles von Stirnhöhleneiterung, den ich nach Killian radikal operieren musste (der Fall wurde hier vorgestellt) und dessen Anamnese ein Trauma (Fusstritt mit Reaktionserscheinungen) ergeben hatte. Im Kriege sind die Fälle von Kieferhöhleneiterungen nach Traumen häufig. Zum Teil sind sie mit Frakturierungen oder Fissuren, beziehungsweise Sequesterbildungen im Kiefer kombiniert, zum Teil handelt es sich um Streifschussverletzungen ohne nachweisbare Knochenläsion. Einige dieser Fälle, wo Schrapnellsplitter, abgebrochene Zahnwurzeln oder Sequester im Antrum zu finden sind, haben übelriechenden Eiter, die meisten der Fälle sind chronischen Charakters und bedürfen radikaler Massnahmen zur Ausheilung.

Als Beispiel für den Umstand, dass oft schwer erscheinende Verletzungen in diesem Gebiete relativ geringen Schaden ausüben, führt Glas einen Fall aus seiner Arbeit „Etwas über Gesichts- und Halsschüsse" aus dem Felde an: „Einschuss am Os zygomaticum rechts, das rechte Antrum Highmori perforierend, einen Fleischwulst im Gebiete der Pars horizontalis ossis palatini aufwerfend, knapp an der Carotisteilung links der Ausschuss. Pat. ass noch am Abend seiner Verwundung bei gutem Appetit seine Fleischkonserve."

Kofler bemerkt zu den Ausführungen des Vortragenden, dass die Entfernung des Geschosses aus dem Antrum allein eine eitrige Entzündung desselben jedenfalls nicht immer zum Abheilen bringe; es sei meist die regelrechte Radikal-

operation, oftmals Zuwarten mit der Operation notwendig, wenn man Knochensequestrierung erwartet und wenn das Zuwarten aus anderen Gründen nicht unstatthaft ist.

Otto Mayer: Bezüglich der Entstehung der traumatischen Empyeme möchte ich bemerken, dass ein platter Durchschuss der Höhle, wobei ja sicherlich eine Blutung in dieselbe eintritt, nicht genügt; ich habe wiederholt derartige Fälle, die glatt geheilt waren, gesehen. Zum Zustandekommen der Entzündung der Höhle ist stets eine grössere Zerreissung der Höhlenwand notwendig.

O. Chiari glaubt, dass es an der Zeit wäre, statt „Sinusitis“ das etymologisch richtigere Wort „Antritis“ zu gebrauchen, wie er es schon 1902 vorgeschlagen hat. Ferner sollte man nicht „Empyem“ für Eiterungen der Nebenhöhlen mit freiem Ausfluss in die Nase gebrauchen, weil dies dem pathologischen Sprachgebrauch widerspricht, sondern Antritis suppurativa oder ichorosa, je nach der Beschaffenheit des Sekrets.

Sitzung vom 1. Dezember 1915.

I. Kofler stellt a) eine 50jährige Patientin vor, bei der er vor etwa $3^1/_2$ Monaten den linken chronisch-entzündeten, bis zur Grösse einer Haselnuss erweiterten Tränensack endonasal eröffnet hat. Die endonasale Eröffnung gelang leicht, es floss viel rahmiger Eiter ab, die Kommunikation mit der Nasenhöhle wurde möglichst gross gemacht, zum Schluss aber nicht tamponiert und die Pat. angewiesen, öfter im Tag den dilatierten Tränensack auszudrücken, in der Erwartung, dadurch eine gut funktionierende, permanente Fistel zu erhalten. Der Erfolg ist ein voller; keine Spur einer Dilatation und keinerlei Sekretion mehr zu sehen, in der Nase sieht man an der Stelle der Eröffnung nur eine erbsengrosse seichte Delle. K. stellt diesen Fall hauptsächlich deshalb vor, weil von Seiten einiger Ophthalmologen die Ansicht geäussert wurde, dass die endonasale Tränensackeröffnung in den Fällen von stärkerer Dilatation des Sackes meist keinen vollen Erfolg zeitige oder manchesmal ganz im Stiche lasse.

Einen Monat später eröffnete er wegen einfacher Epiphora rechts ebenfalls sowie links infolge Stenose des Ductus nasolacrymalis den rechten Tränensack auf endonasalem Wege. Hier ist die Operation weniger gut gelungen.

K. legt Gewicht auf die Anlegung einer grossen Kommunikation des Tränensackes mit der Nasenhöhle und hält nachherige Tamponade der Wunde für schlecht, weil nur durch Vermeidung derselben ein permanenter Abfluss des Tränensackinhaltes in die Nasenhöhle ermöglicht wird und weil der Tampon selbst zweifellos zu stärkerer Bildung von Granulationen Veranlassung gibt. Das permanente reichliche Abfliessen des Tränensackinhaltes in die Nase gleich nach der Operation und während der folgenden Tage bei genügend grosser Kommunikation gewährleistet am meisten eine genügend funktionierende Dauerfistel und damit eine Heilung des Tränensackleidens.

b) Bei diesem Patienten wurde 1910 eine unter der Haut des rechten unteren Augenlides befindliche Geschwulst von $1^1/_2$ cm Länge, $^1/_2$ cm Breite und rötlichgelbem Aussehen, die das untere Lid hinaufgedrückt haben soll, auf operativem

Wege entfernt; die histologische Untersuchung soll damals kein eindeutiges Resultat ergeben haben. 3 Jahre später erkrankte Patient angeblich an einer Stirnhöhleneiterung links mit heftigen Kopfschmerzen, an einer linksseitigen Apizitis und etwas später an einer Nephritis, welche letztere nach 4 Monaten wieder abgeheilt war. Anfangs Oktober v. J. verspürte Patient wieder eine kleine, aber nicht schmerzhafte Geschwulst unter der Haut des rechten inneren Augenwinkels mit Kopfschmerzen über der rechten Augenbrauengegend. Ich konstatierte: Rötung und ödematöse Schwellung der Haut des rechten inneren Augenwinkels, unter derselben ein über haselnussgrosser, glatter, nicht fluktuierender Tumor deutlich zu tasten, grosse Perforatio septi nasi; Wassermann negativ, interner Befund: Infiltratio apic. sin. florida. Die von mir in Allgemeinnarkose vorgenommene Operation, wobei der Killian'sche Schnitt wie zur Radikaloperation der Stirnhöhle gewählt wurde, förderte einen haselnussgrossen weichen, schwammigen Tumor, mit 2 Schenkeln versehen, zutage, von denen sich der kleinere, dünnere in den Weichteilen vor dem Proc. front. des Oberkiefers verlor, der stärkere, grössere aber in die Kuppe des Tränensackes überging und von dieser nicht zu trennen war. Der rechte Tränensack wurde daher in toto entfernt, eine knöcherne Unterlage gegen die Nase durchgestossen und so eine grosse Kommunikation mit derselben hergestellt, hierauf die Operationswunde im unteren Wundwinkel drainiert und sodann vernäht. Die histologische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab Tuberkulose — also ein Fall von Tuberkulom des rechten Tränensackes.

c) Der 8jährige Knabe, welchen ich hier vorstelle, erkrankte bald nach der Extraktion des 1. oberen rechten Molaris an einer heftigen Entzündung des rechten Oberkiefers mit Fieber, Schwellung der Wange, Rötung und Schwellung der Lider und Schmerzen im Kiefer. Ich fand ausser den bereits angeführten Krankheitssymptomen noch die Zahnextraktionswunde missfarbig, schmierig belegt, das Zahnfleisch in der Umgebung stark gerötet, ganz locker, zum Teil in Fetzen herabhängend, in reichlichem, dickem Eiter schwimmend, fast den ganzen rechten oberen Proc. alveolaris des Oberkiefers mitsamt allen in demselben enthaltenen Zähnen, sowie die angrenzende Partie des harten Gaumens bis fast zur Mittellinie stark wackelig, die Schleimhaut der rechten Nase in toto stark gerötet und geschwollen und viel Eiter in der rechten Nase und im Nasenrachenraum angesammelt; die Temperatur betrug meist über 38,5°. Sofort war es mir klar, dass es sich um einen osteomyelitischen Prozess handle. Ich eröffnete daher rasch sämtliche Nebenhöhlen der rechten Seite, wobei ich jauchiges Sekret in der Kieferhöhle, Knochennekrosen der oberen und medialen Wand derselben, das vordere und hintere Siebbein sowie die Keilbeinhöhle mit Eiter überschwemmt, dann noch eine grössere Knochennekrose und Durchbruchstelle in der Lamina papyracea vorfand; die Stirnhöhlenschleimhaut war gerötet und geschwollen, aber frei von Eiter; ich spaltete schliesslich die Tenon'sche Kapsel in grösserer Ausdehnung von vorn nach hinten, wobei allerdings Orbitalfett vorfiel, aber auch ziemlich viel Eiter abfloss. Zum Schlusse exakte genügende Drainage aller Höhlen nach aussen und nach der Nase zu, auch die Kieferhöhle wurde nach dem Spatium praeorale zu offen gelassen, dann feuchter Verband. Der wackelige Proc.

alveol. mit den Zähnen sowie der bewegliche angrenzende Teil des harten Gaumens wurden nicht entfernt, sondern nur die an demselben sichtbare fluktuierende Schwellung von hinten nach vorn ausgiebig gespalten, um dem Eiter auch hier Abfluss zu verschaffen. Die Nachbehandlung war eine langwierige, der Schwere des Prozesses und des Eingriffes entsprechende. Pat. ist heute ausser Gefahr; Temperatur normal, die Sequestration eines Teiles des Proc. alveol. und der benachbarten Partie des harten Gaumens bleibt noch abzuwarten.

Ich erinnere bei dieser Gelegenheit an einen ähnlichen Fall, den ich seinerzeit in der „K. K. Gesellschaft der Aerzte" vorgestellt habe, der jedoch wegen zu langen Wartens einen viel gefährlicheren Verlauf nahm, aber dann doch schliesslich ausheilte. Es handelte sich ebenfalls um einen osteomyelitischen Prozess nach Extraktion des ersten oberen rechten Molaris mit jauchiger Eiterung sämtlicher Nebenhöhlen und bedeutenden Knochennekrosen; es kam zu Panophthalmitis — das rechte Auge musste eventriert werden —, weiterhin zu zweimaligem Durchbruch in die Meningen; die erste Durchbruchstelle lag noch in der Operationswunde, wurde ausgiebig freigelegt und tamponiert, worauf hier der Prozess zum Stillstand kam, die zweite Durchbruchstelle lag weitab von der ersten im rechten oberen Quadranten der Orbitalhöhle, es kam zu einer typischen Meningitis mit 2 Tage dauernder vollständiger Bewusstlosigkeit, worauf am 3. Tage diese schwand und nach einem langen Krankheitslager die Pat. völlig geheilt die Anstalt verliess.

Hajek macht einige kritische Bemerkungen zu diesen osteomyelitischen Prozessen des Oberkiefers und den im Anschlusse an dieselben auftretenden eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen.

d) Ich stelle Ihnen ferner einen Soldaten vor, der einen Gewehrschuss durch den Hals erhielt. Die Kugel drang beim rechten Unterkieferwinkel ein, ging etwas schief nach abwärts durch den rechten Recessus pyriformis, dann quer durch den Larynx etwas oberhalb der Stimmlippe, weiter durch den linken Recessus pyriformis und trat schliesslich durch die Haut über dem linken Schildknorpel aus. Die Tracheotomie wurde bald nachher als dringlich im Felde ausgeführt. Als Pat. an die Klinik aufgenommen wurde, war folgender Befund zu erheben: Pat. sehr unterernährt; Ein- und Ausschusswunde stark granulierend und eitrig sezernierend: die Haut in der Umgebung des Tracheostomas zeigt leichte reaktive Rötung; Aphonia totalis; beim Trinken kommt keine Flüssigkeit zur Ein- oder Ausschusswunde heraus, überhaupt das Schlingen nicht behindert; der Aditus ad laryngem stark entzündlich geschwollen, kein Lumen sichtbar; beim Versuche, bei zugehaltener Kanüle zu sprechen, sieht man Eiter aus der Tiefe des Larynx emporkommen; das Ende einer durch den Einschuss tief eingeführten Sonde ist zwar von innen nicht zu sehen, stösst aber direkt am Larynx an und bewegt denselben, eine durch den Ausschuss eingeführte Sonde jedoch ist im Aditus ad laryngem deutlich sichtbar. Aus dem Umstande, dass in den ersten Tagen nach der Verwundung flüssige Ingesta Hustenreiz hervorriefen und teilweise zur Ein- und Ausschusswunde wieder herausflossen, muss gefolgert werden, dass die früher vorhanden gewesenen Kommunikationen des Kehlkopfraumes mit

beiden Recessus pyriformes und dieser mit dem Ein- bzw. Ausschusskanal durch Verklebung oder Vernarbung sich geschlossen hatten; es blieb also nur mehr die oben erwähnte deutlich sichtbare Kommunikation des Larynxlumens mit der Ausschusswunde übrig. Im Laufe der Behandlung an der Klinik, die eigentlich nur eine konservativ-zuwartende war, konnte ich gelegentlich die Anwesenheit eines 4 cm langen, 4 mm dicken Gummidrains im Larynx feststellen, das, im Feldspital durch den Ausschuss eingeführt, bis in das Kehlkopfinnere gerutscht war; ich habe dasselbe von oben entfernt.

Die weitere Behandlung wird wohl wieder nur eine konservativ-exspektative sein.

II. Otto Mayer: a) Durchschuss des Halses.

Pat. wurde am 24. September 1915 durch Durchschuss des Halses verletzt. Nach der Verletzung traten heftige Schmerzen beim Drehen des Kopfes auf, weshalb der Kopf steif gehalten wurde. Es bestanden Schluckschmerzen.

Das Röntgenbild zeigte keine traumatischen Veränderungen der Wirbelsäule, doch zeigte sich, dass der Wismutbissen in der Höhe der Schildknorpelmitte stecken blieb; nur nach oftmaligen Schluckbewegungen geht er stückweise über das an dieser Stelle befindliche stenosierende Hindernis.

Bei der ersten Untersuchung sah ich an der hinteren Rachenwand in der Höhe des Schildknorpels eine sich mehr nach links hin erstreckende Schwellung und in der Mitte derselben eine haselnussgrosse Granulation. Ich fasste die Geschwulst mit der Schlinge, um sie abzukappen, aber die Schlinge schnitt nicht durch, so dass ich mit der Kurette nach Hering die Granulation stückweise abtrug.

Seit der Operation ist ein bedeutend besseres Schluckvermögen vorhanden und der Pat. hat bereits an Gewicht zugenommen.

Man sieht noch immer die Schwellung und in der Mitte eine granulierende Wunde von Kreuzergrösse. Es handelt sich hier offenbar um einen Streifschuss der Wirbelsäule.

b) Nasale Entfernung von Tränensackresten.

Nach Entfernung des rechten Tränensacks durch einen Augenarzt blieb eine Fistel. Der Verdacht auf eine Siebbeinerkrankung erwies sich als ungerechtfertigt. M. legte endonasal die Tränensackgegend frei und entfernte Granulationen, die seiner Ansicht nach Tränensackreste waren. Die Fistel ist jetzt geschlossen. Man sieht also, dass die endonasale Tränensackfreilegung auch in derartigen Fällen, wo nach der Exstirpation des Sackes von aussen her keine Heilung eintritt, zur Heilung führt. Noch während der Behandlung des rechten Auges hat M. links, wo eine Tränensackeiterung infolge einer Stenose des Ductus nasolacrymalis bestand, die West'sche Operation ausgeführt. Beim Vergleich zwischen dem rechten und dem linken Auge traten die Vorteile der endonasalen Methode zutage.

M. macht die Tränensackoperation so, dass er die mediale Sackwand nicht exzidiert, sondern er schlitzt dieselbe mit einem Knopfmesserchen und entfaltet den Sack, wodurch er eine grössere Schleimhautfläche gewinnt. Damit die Sackschleimhaut sich nicht nach innen anlegt, führt er einen dicken Katgutfaden durch

das untere Tränenröhrchen in die Nase und von dort nach aussen; geht der Katgutfaden nicht durch, so kann man einen dünnen Seidenfaden mittels einer dicken langen Nähnadel (Oehr voran) in die Nase einführen und mit einem Häkchen aus dem Oehr nach aussen ziehen, hier knüpft er einen kleinen Jodoformgazetampon an und zieht denselben dann durch Zurückziehen des Fadens in den geschlitzten Tränensack hinein.

c) Totalexstirpation des Larynx nach Gluck vor $2^1/_2$ Jahren wegen Karzinoms — rezidivfrei.

Sitzung vom 9. Februar 1916.

K. Kofler demonstriert 6 Fälle von Typhusstenosen des Larynx.

Der erste Patient erkrankte am 22. August 1915 an Typhus; während desselben wurde die Stimme immer mehr und mehr heiser, dann stellten sich langsam zunehmende Atembeschwerden ein, die schliesslich am 15. November die Tracheotomie notwendig machten. Vom 22. August bis 15. November lag Pat. im Spitale. Am 19. Januar 1916 wurde Pat. an unserer Klinik aufgenommen. Der Larynxbefund ist folgender: Leichte Schwellung beider aryepiglottischen Falten, besonders der linken und beider Aryknorpel; Unterbeweglichkeit beider Larynxhälften, besonders der linken; Stimmlippen teils granulierend, teils narbig; grosse grobhöckerige Narbe an der Hinterwand; die Stimmlippen entfernen sich fast gar nicht voneinander; die Glottis ist sehr klein und im antero-posterioren Durchmesser stark verkürzt; eine kleine Kommunikation mit dem subglottischen Raume und der Trachea befindet sich nahe der Hinterwand, durch dieselbe kommt beim Pressen bei zugehaltener Kanüle etwas gelber Eiter zum Vorschein. Pat. wird erst später, wenn die akut-entzündlichen Erscheinungen ganz geschwunden sind, einer Behandlung zugeführt werden.

Der zweite Patient bekam am 4. Februar 1915 Typhus. 1 Monat später erkrankte der Larynx, am 9. März musste Pat. tracheotomiert werden. Er wurde dann durch 5 Monate in Graz wegen dieses Kehlkopfleidens behandelt. Am 3. November wurde Pat. an unsere Klinik aufgenommen und daselbst folgender Larynxbefund erhoben: Beiderseitige Perichondritis cricoarytaenoidea mit bedeutender Einschränkung der Beweglichkeit beider Larynxhälften, Stimmlippen unregelmässig narbig, Narben von denselben nach abwärts in den subglottischen Raum sich erstreckend. Am 12. November trat im Anschluss an eine blosse Sondierung des vorher anästhesierten Larynx eine heftige septische Phlegmone mit wochenlangem hohem Fieber, starker Schwellung der Weichteile des Halses und der Drüsen und mit ödematöser Schwellung der Pharynx- und Larynxschleimhaut auf: die Phlegmone heilte erst am 14. Dezember ab. Demnächst wird, nachdem bald 2 Monate nach dem Abheilen der Phlegmone verstrichen sind und der Larynx vollkommen frei von entzündlichen Erscheinungen ist, an dem Pat. die Laryngostomie ausgeführt und noch später eine Dilatationsbehandlung des verengten Kehlkopfes eingeleitet worden.

Der dritte Patient erkrankte am 4. Juni 1915 an Typhus abdominalis. Als er, stark abgemagert und entkräftet, zu sich kam, war er bereits ganz heiser,

dann traten langsam Atembeschwerden auf, so dass schliesslich die Tracheotomie für notwendig befunden wurde. Schmerzen waren keine vorhanden, doch expektorierte er eitriges Sekret. Am 8. August Tracheotomia sup., am 7. Februar 1916 Aufnahme an unsere Klinik, woselbst ich folgenden Befund erheben konnte: Die Haut um die Kanüle gerötet, narbig und druckempfindlich: keine Schwellung im Bereiche des Aditus ad laryngem, starke Unterbeweglichkeit beider Larynxhälften, Rötung der ganzen Schleimhaut, Rötung und walzenförmige Verdickung beider Stimmlippen; flachhöckrige Narbe an der Hinterwand links, Sprache gut, Atmung leidlich gut (kann 1 Stunde mit geschlossener Kanüle atmen); das Glottislumen beim tiefen Atmen 2 mm breit, nicht ganz 1 cm lang.

Der vierte Patient bekam am 25. Dezember 1914 Typhus und wurde nach 4tägigen Krankheitserscheinungen seitens des Larynx am 4. Februar 1915 tracheotomiert. Pat. wurde dann am 3. November an unsere Klinik aufgenommen, woselbst folgender Befund erhoben werden konnte: Tracheostoma in der Höhe der ersten zwei Trachealringe, dasselbe etwas entzündlich und eng (3-Kanüle). Larynxbefund: Abgelaufene beiderseitige Perichondritis cricoarytaenoidea, doch geringe Beweglichkeit beider Larynxhälften vorhanden; Stimmlippen gut sichtbar, fast normal aussehend; schmales Gottislumen, im antero-posterioren Durchmesser nicht verkürzt; Sprache gut, Pat. bekommt auch etwas Luft von oben durch die Glottis; keinerlei Schmerzen, keinerlei Reaktion. Derzeit Dilatationsbehandlung mit Gummischläuchen.

Der fünfte Patient bekam Anfang Juni 1915 Typhus. Es traten starke Schmerzen beim Schlucken, Fieber über 40° und Heiserkeit bis zur Stimmlosigkeit zunehmend auf, es entstanden auch langsam Atembeschwerden, die schliesslich so arg wurden, dass die Tracheotomie am 14. Juni ausgeführt werden musste. Pat. wurde am 19. Februar 1916 an unsere Klinik aufgenommen.

Status praesens: Pat. sieht gut aus; bei Druck auf den Larynx, insbesondere seine vordere Kante, etwas Schmerzen; Husten bei Druck auf das Ligamentum conicum; Schmerzen in geringem Grade beim Leerschlucken, beim Essen nicht. Tracheostoma äusserlich schön aussehend, aber die Umgebung desselben druckempfindlich; es scheint kein Lumen des Larynx vorhanden zu sein, weil Pat. auch nicht ein bisschen Luft durch den Larynx einholen kann, doch kann er bei zugehaltener Kanüle ganz deutlich und vernehmlich sprechen, dabei sieht man, wie die Stimmlippen etwas auseinander gehen. Schwellung des Aditus ad laryngem mit Ausnahme der Epiglottis, Larynxschleimhaut sukkulent und gerötet, die Stimmlippen ödematös. Derzeit keine Behandlung, weil noch entzündliche Reaktion vorhanden ist.

Der sechste Patient akquirierte Typhus vor etwa 10 Monaten in Serbien. 14 Tage nach dem Auftreten der Krankheitserscheinungen im Abdomen erkrankte dann der Kehlkopf; Pat. bekam Schluckschmerzen, dann immer weniger und weniger Luft und musste schliesslich eine Kanüle eingesetzt erhalten; doch wurde nicht die Tracheotomia sup., sondern die Syndesmotomie an ihm ausgeführt. Am 2. Februar 1916 Aufnahme an unsere Klinik, woselbst ich folgenden Befund er-

heben konnte: Die Kanüle steckt im Ligamentum conicum, die Haut um die Kanülenöffnung, besonders an deren unterer Peripherie, narbig, stark gerötet, bei Druck auf diese Stelle fliesst Eiter zur Kanülenöffnung heraus; derselbe stammt aus einer Abszesshöhle, die unter der Haut vor dem Ringknorpel gelegen etwa die Grösse der Endphalange des kleinen Fingers besitzt; der Ringknorpel druckempfindlich. Innerer Larynxbefund: Doppelseitige Perichondritis cricoarytaenoidea, Schleimhaut des Larynx gerötet, geschwellt, die Stimmlippen ödematös, kein Lumen zu sehen. Die Behandlung besteht zunächst in einer Tieferlegung der Kanüle (Trach. sup.).

Alle 6 Pat. erhielten die Kanüle; bei 5 wurde die Trach. sup., bei 1 die Syndesmotomie ausgeführt. 3 von ihnen wurden gegen Typhus geimpft, 1 davon sogar mehrmals; von diesen 3 gegen Typhus Geimpften erkrankte 1 etwa 1 Monat, der 2. 10 Tage, der 3. bald nach der Impfung an Typhus. Die Zeit vom Tage des Auftretens des Typhus abdominalis bis zum Tage, an dem die Tracheotomie notwendig wurde, war in unseren Fällen verschieden lang und betrug 1, 2, 5, 6, 8, bzw. 13 Wochen. Bei der Aufnahme an unsere Klinik war in einigen Fällen der Larynx gänzlich frei von entzündlichen Erscheinungen, in anderen wieder nicht; dies war bestimmend für unser Handeln, und unser Grundsatz ist der, erst dann mit einer Behandlung des verengten Kehlkopfes zu beginnen, wenn alle entzündlichen Erscheinungen in demselben abgelaufen sind und ausserdem noch eine gewisse Zeit nach dem Verschwinden derselben verstrichen ist. Wie vorsichtig man diesbezüglich sein muss, lehrt der 2. vorgestellte Fall, bei dem die blosse Anästhesierung und Sondierung des vollkommen reaktionslosen Larynx den Anstoss zu einer schweren septischen Phlegmone gab; selbst dann, wenn es sich um Nekrose von Knorpelstücken handelt, möchte ich lieber warten, bis sich dieselben von selbst sequestrieren und ein gewisser konsolidierter, reaktionsloser Zustand eintritt, als etwa zu früh operieren; die Sequestration muss zumindest vollendet sein.

Was die Behandlung in unseren Fällen anlangt, ist dieselbe entweder konservativ oder mehr radikal. In wenigen Fällen wird man mit einer einfachen Dilatationsbehandlung vielleicht zum Ziele kommen, in der Mehrzahl der Fälle dürfte die Laryngostomie, eventuell mit nachfolgender Dilatationsbehandlung von unten her, die besten Resultate liefern. In einem Falle muss vor Einleitung einer Kehlkopfbehandlung die im Ligamentum conicum befindliche starke Reaktion im Larynx verursachende Kanüle tiefer verlegt werden (Tracheotomia superior).

Friedrich Hanszel berichtet im Anschluss an die Demonstration der posttyphösen Larynxerkrankungen, dass auch er seit Kriegsbeginn mehrere Fälle dieser Art in Behandlung hatte und hat, welche durchweg nicht gegen Typhus geimpft waren. Diese Fälle stammen aus dem ersten Kriegsjahr. Ob die Präventivimpfung diesfalls eine Rolle spielt, wagt Hanszel daraus nicht zu folgern, immerhin sei diese Tatsache auffällig. Auch sah Hanszel nach Ablauf der akuten typhösen Erkrankung in späterer Folge perichondritische Veränderungen des Larynx, so auch Abszessbildung, analog den periostitischen Abszessen andernorts, so namentlich der Tibia.

Leider ergaben seine therapeutischen Bemühungen in Form der Tubage des posttyphös stenosierten Larynx keine sehr günstigen Resultate. Selbst wenn gar keine Entzündungserscheinungen im Larynx objektiv mehr wahrnehmbar sind, die Arygelenke mit den Stimmlippen nahe der Mittellinie ohne jegliche Vergrösserung und Verdickung fixiert sind und der Pat. an die Atmung durch die Trachealkanüle sich schon längst gewöhnt hat, verursacht meist ein zu frühzeitiges Tubagieren der Glottis unerwünschte Reaktionen. Und wenn dann — oft erst nach 1 Jahre — die Tubage vertragen wird, kann man bis zu einem gewissen — relativ noch immer dünnen — Schrötter'schen Hartgummirohr gelangen, dann aber gehts nicht weiter. Hanszel entlässt diese Pat. im genannten Stadium mit der Weisung, sich selbst weiterhin zu tubagieren, nachdem von fast allen seinen Pat. die Selbsttubagierung des Larynx verhältnismässig rasch erlernt wurde. Nachdem diese Behandlungsart ebenso wenig als die anderen gebräuchlichen noch nicht das Ideal darstellt, werden wir uns wohl noch intensiver mit der Behandlung dieser hartnäckigen posttyphösen Larynxstenosen befassen müssen.

M. Hájek: Von den Typhusfällen, die ich vor mehreren Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, sind alle Spätformen gewesen, die $^1/_2$—1 Jahr nach überstandenem Typhus aufgetreten sind und in der Form von schweren Perichondritiden des Ringknorpels, Schildknorpels und der Aryknorpel sich präsentierten. Sie sind nach der Tracheotomie jahrelang in meiner Behandlung gestanden. Ich habe durchaus die Erfahrung gemacht, die man allgemein bei den meisten auf Grundlage von Perichondritiden entstandenen Stenosen zu machen pflegt, dass der Larynx bei diesen Kranken auf Dilatationsversuche mit schweren Reaktionserscheinungen, Rezidive des perichondritischen Prozesses nebst hoher Temperatursteigerung, antwortet. Ich habe in 2 dieser Fälle bei einer derartigen Reaktion Abszessbildung und Exfoliation je eines Aryknorpels gesehen mit nachfolgender dauernder Unwegsamkeit des Larynx. Meiner Ansicht nach soll man die Dilatationsversuche erst nach Monaten, nachdem der Prozess abgelaufen ist, versuchen, da man sonst riskiert, mehr zu schaden als zu nützen. Ich möchte daher die Herren Vorredner bitten, ihre therapeutischen Erfahrungen diesbezüglich noch einmal nach Ablauf eines längeren Zeitraumes mitteilen zu wollen.

Chiari ist auch dafür, dass möglichst lange mit chirurgischen Eingriffen nach Typhusstenosen des Larynx zu warten ist.

Frühwald: M. H.! 1. Ich stelle Ihnen hier einen Pat. der Klinik vor, welcher am 27. August 1914 einen Kopfschuss erhielt. Am 1. Dezember 1915 kam der Pat. an unsere Klinik, da er beim Drehen und Beugen des Kopfes starke Schmerzen in der linken Halsseite verspürte. Es wurde bei ihm folgender Befund erhoben: Der Einschuss befindet sich über dem Stirnbein auf der linken Seite, man fühlt durch die Haare eine leichte Delle. Der Ausschuss ist nicht zu finden. Bei der Röntgenuntersuchung zeigt sich das Projektil auf der linken Seite 2 cm oberhalb der Klavikula mit der Spitze nach oben. Am linken Auge hat der Pat. nur Lichtempfindung. Der Puls ist stark verlangsamt, 50—56 in der Minute. Ich habe bei dem Pat. das Projektil, das in Granulations-

gewebe eingebettet war, extrahiert und war dabei wegen einer starken Blutung gezwungen, die Vena jugularis zu resezieren. Im Anschluss daran bekam der Pat. septische Temperaturen, — es zeigte sich bei einer stumpfen Eröffnung der Wunde, trotz sorgfältiger Drainage der Operationswunde, eine Eiterretention. Es gelang, den Pat. unter Anwendung aller zu Gebote stehenden Mittel der modernen medizinischen Wissenschaft zu retten und heute ist er ausser Gefahr und auf dem Wege der Rekonvaleszenz.

2. Leider ist der 2. Pat., den ich Ihnen, meine Herren, vorstellen wollte, nicht an der Klinik. — Daher will ich Ihnen nur kurz berichten. Es handelt sich um einen Hauptmann, der an der Isonzofront durch einen Granatsplitter verwundet wurde. Der Einschuss war über dem linken Nasenbein, der Splitter wurde aus dem weichen Gaumen über der rechten Tonsille in einem Feldspital entfernt. Derzeit besteht eine Narbe über dem linken Nasenbein und eine Sensibilitätsstörung im Bereiche des II. Trigeminusastes rechts sowie eine katarrhalische Affektion der linken Kieferhöhle. Das Septum ist nicht durchschlagen, es muss daher angenommen werden, dass der fünfkronenstückgrosse Granatsplitter am Boden der linken Nasenhöhle nach rückwärts glitt und zwischen den beiden Blättern des weichen Gaumens stecken blieb. Die Kieferhöhlenerkrankung bessert sich unter konservativer Behandlung zusehends. Hanszel.

---

b) Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1916.

Vorsitzender: Prof. G. Holmgren.

Carlström hielt einen Vortrag über die Nebenhöhlen der Nase vom röntgenologischen Standpunkt.

Diskussion: Forsell, Carlström, Holmgren, Forsell, Berggren, Charlier, Holmgren und Forsell.

Rudberg berichtete über einen Fall vom Fremdkörper im Larynx, der intralaryngeal glücklich entfernt worden war.

Sitzung vom 25. Februar 1916.

Vorsitzender: Prof. G. Holmgren.

Holmgren berichtete über 3 Fälle vom Cancer maxill. super. und demonstrierte 2 von diesen, die mit gutem Erfolg operiert waren.

Stangenberg berichtete über 3 Fälle von Sehstörungen, deren Actiologie in entzündlichen Affektionen der Nebenhöhlen der Nase zu finden war.

Im Anschluss erinnerte Berggren kurz an die Untersuchungen, die er und Ploman auf diesem Gebiete gemacht hatten.

Sitzung vom 31. März 1916.

Vorsitzender: Prof. G. Holmgren.

Rudberg berichtete über einen Fall von Ethmoiditis chron., der mit Stauungspapille und Abducensparese kompliziert war.

Holmgren erwähnte einen Fall von Endotheliom der linken Kieferhöhle, der von ihm operiert war.

Charlier berichtete über einen Fall von Stirnhöhlenempyem mit Komplikationen.

Sitzung vom 28. April 1916.

Vorsitzender: Prof. G. Holmgren.

Holmgren demonstrierte einen Fall von Angioma simplex laryngis, bei dem der Tumor mit galvanokaustischer Schlinge entfernt war.

E. Stangenberg.

VII. Briefkasten.

Privatdozent Dr. W. Herzog, bisher Oberarzt an der otiatrischen Klinik in München, ist zum Professor für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nach Innsbruck berufen worden.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. August 1916. No. 8.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

MACKENZIE, Dr. Morell, **Die Krankheiten des Halses und der Nase.** Deutsch herausgegeben und mit Zusätzen versehen von Dr. F. Semon. I. Bd.: Die Krankheiten des Pharynx, Larynx und der Trachea. gr. 8. Mit 112 Holzschn. 1880. 18 M. — II. Bd.: Die Krankheiten des Oesophagus, der Nase und des Nasenrachenraums. gr. 8. Mit 93 Holzschn. 1884. 18 M.

MIKULICZ, Prof. Dr. J., u. Priv.-Doz. Dr. P. MICHELSON, **Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.** 44 Buntdrucktaf. mit erläut. Text. 1892. 80 M.

MOST, Dr. Aug., **Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses.** 1906. gr. 8. Mit 11 Tafeln und 2 Textfiguren. 9 M.

NAVRATIL, v., Prof. Dr. Emerich, **Entstehung und Entwicklung der Laryngoskopie.** Erinnerungen aus meiner ärztlichen Tätigkeit. 1858—1913. gr. 8. 1,60 M.

ROSENTHAL, Dr. Carl, **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Zweite vermehrte und verb. Auflage. 1897. gr. 8. Mit 41 Fig. 6 M.

— — **Die Erkrankungen des Kehlkopfes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studierende. gr. 8. Mit 68 Fig. 1893. 8 M.

SCHREIBER, Prof. Dr. Julius, **Ueber den Schluckmechanismus.** gr. 8. Mit 22 Figuren und 2 Doppeltafeln. 1904. 3 M.

SEMON, Prof. Dr. Sir Felix, **Forschungen und Erfahrungen 1880—1910.** Eine Sammlung ausgewählter Arbeiten. gr. 8. 2 Bde. mit 5 Taf. u. zahlr. Textfig. 1912. 32 M.

SOKOLOWSKI, Primararzt Dr. A., **Klinik der Brustkrankheiten.** gr. 8. Zwei Bände. 1906. 32 M.

TRAUTMANN, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F., **Chirurgische Anatomie des Schläfenbeins,** insbes. für Radikaloperation. 4. Mit 2 Taf. u. 72 Stereoskopen. 1898. 60 M.

— — **Anatomische, pathologische und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille,** sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorgans. Folio. Mit 7 Tafeln und 12 stereoskop. Photographien nach Sektionspräparaten. 1886. 40 M.

— — **Leitfaden für Operationen am Gehörorgan.** Mit 27 Textfiguren. 1901. (Bibliothek v. Coler-v. Schjerning. IV. Bd.) 4 M.

Verhandlungen des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresses Berlin, 30. August bis 2. September 1911. Teil I: Referate. Herausg. im Auftrage des internat. Komitees für die Laryngo-Rhinologen-Kongresse von Prof. Dr. G. Finder, Sekretär des Komitees. Mit 6 Kurven im Text. gr. 8. 1911. 4 M. — Teil II: Verhandlungen. Herausg. vom Generalsekretär Prof. Dr. A. Rosenberg. gr. 8. Mit dem Porträt B. Fraenkel's und Abbildungen im Text. 1912. 10 M.

Verhandlungen der ständigen Tuberkulose-Kommission der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Red. von Prof. Dr. F. HUEPPE. München 1899. gr. 8. 1900. 3 M. Hamburg 1901. gr. 8. 1902. 3 M. 60.

WOELFLER, Prof. Dr. A., **Die chirurgische Behandlung des Kropfes.** gr. 8. 1887. 2 M. 40.

— — — **Die chirurgische Behandlung des Kropfes.** II. Teil. gr. 8. Mit 4 Tafeln und 37 Holzschnitten. 1890. 8 M.

— — — III. Teil. **Die Behandlungsmethoden des Kropfes,** mit besonderer Berücksichtigung der vom Hofrath Billroth 1878—84 an der Wiener Klinik und vom Verf. 1886—90 an der Grazer Klinik behandelten Fälle. 1891. gr. 8. Mit 2 Tafeln und Holzschn. 9 M.

— — **Ueber die Entwickelung und den Bau des Kropfes.** gr. 8. Mit 19 lithogr. Tafeln. 1883. (Sonderabdruck aus dem Archiv für klin. Chir.) 22 M.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, August. 1916. No. 8.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Alexander C. Howe** (New York). **Anaphylaktische Zustände in den Luftwegen. (Anaphylactic conditions of the respiratory tract.)** *New York med. journ. 15. April 1916.*

Rhinitis vasomotoria und Asthma sind anaphylaktische Symptome oder das Resultat einer Absorption von Protein in einem sensitiven Individuum durch die Luft- oder Ernährungswege. Auf dieser Grundlage baut Verf. eine Theorie auf, die manches Interessante darbietet. Als Beweis aber, dass Rhin. vasom. oder Heufieber und Asthma absolut identische Erscheinungen sind, zitiert er die vom Ref. konstatierten intrabronchialen Befunde beim Asthma während einer Attacke. (Beim Asthma sind aber die intrabronchialen Befunde während der Intervalle gleichfalls von Bedeutung. Ref.) FREUDENTHAL.

2) **R. Hoffmann. Die plasmazellulären Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 208.*

Verf. bringt eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur bekannten Fälle von plasmazellulären Tumoren in den oberen Luftwegen und unterzieht sie einer kritischen Würdigung. KOTZ.

3) **C. E Benjamins** (Utrecht). **Einige vergleichende Betrachtungen über das Vorkommen von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Java und den Niederlanden. (Eenige vergelyhende gegevens mit de neus-, heel-, oorheelkundige praktyk op Java en in Nederland.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. 1916.*

Im allgemeinen kommen adenoide Vegetationen auf Java ebenso häufig vor wie in Holland. Es scheint, als ob einige reflektorische Erscheinungen (Bettnässen, Zähneknirschen) auf Java öfter vorkommen, während in Utrecht mehr Gehörstörungen gefunden werden, welche B. dem kälteren Klima zuschreiben will. Ferner erwähnt Verf. die grössere Neigung zu Nachblutungen bei den indischen Nasenleidenden. VAN GILSE.

4) **G. Wüstmann. Zur Jod- und Quecksilbertherapie bei Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 28.*

Aus einigen älteren in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und aus dem günstigen Verlauf dreier in der Körner'schen Klinik mit Jodkali resp. kombinierter Jodkali-Hg-Therapie behandelter Fälle von ausgedehnter Tuberkulose des Pharynx und Larynx, bei deren einem Verf. selbst „eine Tuberkulose auf luetischer Basis" zugibt, folgert W., dass „die interne Jodkalibehandlung viele Schleimhauttuberkulosen in den oberen Luftwegen zur Heilung bringt". Die lokale Zufügung von Wasserstoffsuperoxyd zur Jodkalibehandlung nach Pfannenstill hält W. hier von zweifelhaftem Werte. FINDER.

5) **M. H. Gordon. Die wachstumverhindernde Wirkung des Speichels auf den Meningokokkus. (The inhibitory action of saliva on growth of the meningococcus.)** *British med. journ. 17. Juni 1916.*

Das Ergebnis der Versuche des Verf.'s ist folgendes:

Normaler Speichel verhindert das Wachstum des Meningokokkus auf festen künstlichen Nährböden.

Speichel von Meningokokkenträgern hat eine ähnliche Wirkung.

Nasenschleim gesunder Personen hat nicht so starke wachstumhemmende Wirkung auf Meningokokken.

Frischer Speichel, der hundertfach verdünnt ist, verliert seine wachstumhemmende Wirkung nicht ganz.

Der Antagonismus zwischen Speichel und Wachstum der Meningokokken in Kultur ist so ausgesprochen, dass, wenn einer Menge von Bouillon, die annähernd 1000 Millionen lebende Meningokokken enthielt, die gleiche Menge Speichel hinzugefügt wurde, kein Wachstum eintrat.

Diese Antimeningokokkenwirkung des Speichels beruht auf seinen lebenden Bakterien.

Eine junge Bouillonkultur aus Speichel ist mindestens so wirksam wie frischer Speichel, was die Antimeningokokkenwirkung anbetrifft. Wenn man die Bouillon aber durch ein Berkefeldfilter hat gehen lassen oder die in ihr enthaltenen Bakterien durch Hitze abtötet, so verliert die Bouillon ihre Antimeningokokkenwirkung.

Die Hauptwirkung im Speichel scheint den gemischten Speichelstreptokokken zuzukommen.

Diese Beobachtungen zeigen, wie wichtig es ist, dass man eine Beschmutzung mit Speichel vermeidet, wenn man bei Personen, welche verdächtig sind, Meningokokkenträger zu sein, einen Ausstrich aus dem Nasenrachen macht. FINDER.

6) **Coulomb. Prophylaxe der Meningitis cerebrospinalis, der Grippe, der Eruptionsfieber der Anginen nach der Vincent'schen Methode. (La prophylaxie de la méningite cérébro-spinale, de la grippe, des fièvres éruptives et des oreillons par la méthode de Vincent.)** *Réunion médico-chirurgicale de Montpellier. 20. Mai 1916.*

Die Methode besteht darin, durch eine präventive Desinfektion der Nase, Mundhöhle und des Nasenrachens den Infektionskrankheiten, deren Lokalisation

oder Eingangspforte in der Mund- oder Nasenhöhle sich befindet, vorzubeugen. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 600 Soldaten, besonders während einer Epidemie von Meningitis cerebro-spinalis. Die Massnahmen bestanden in 3mal täglichem Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd, Pinseln der Mandeln und des Pharynx mit Jod-Jodkalilösung, ferner 3mal täglich Naseninhalationen nach Vincent (langsames Inhalieren, abwechselnd durch jedes Nasenloch) mit folgender Mischung: Jod 20 g, Guajakol 2 g, Acid. thymic. 0,25 g, 60 proz. Alkohol 200g. Die Mischung wird in mehrere kleine Tassen gegossen, die ihrerseits auf einem Drahtnetz in heissem Wasser stehen. Dauer der Inhalation 2 Stunden. Gleich nach Anwendung dieser Behandlung hörten die Neuinfektionen auf, während vorher täglich ein neuer Fall von Meningitis aufgetreten war. Ein Wiederaufflammen der Krankheit durch eine exogene Ansteckung wurde sofort unterdrückt. Bei 15 Meningokokkenträgern waren nach 4tägiger Behandlung keine Meningokokken mehr im Nasenrachenschleim auffindbar.

FINDER.

7) **A. Janda** (Lublin). **Akute Halsaktinomykose.** Demonstration am feldärztlichen Vortragsabend der Militärärzte der Stadt Lublin. *Beil. der Wiener med. Wochenschrift. No. 3. 1916. „Der Militärarzt.“ 50. Jahrg. No. 2.*

Vom linken Unterkieferaste breitete sich im Verlaufe einiger Wochen ein bretthartes Infiltrat dermassen aus, dass es das Bild einer Angina Ludovici ergab. Die Inzision ergab dicken Eiter mit zahlreichen, dem freien Auge sichtbaren typischen Aktinomyzeskörnchen.

O. CHIARI.

8) **H. F. O. Haberland. Die direkte Einpflanzung des N. hypoglossus in die Gesichtsmuskulatur bei Schussverletzung des N. facialis.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr., Sitzung v. 20. 12. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 15. S. 465. 1916.*

Ausgehend von dem vom Verf. zuerst experimentell gebrachten Nachweis, dass ein Nerv, der in einen entnervten Muskel direkt eingepflanzt wird, nach geraumer Zeit den Muskel auf Reiz hin zur Kontraktion bringt, hat H. in 3 Fällen von Fazialislähmung mit gutem Resultat folgendes operatives Verfahren eingeschlagen. Verf. präpariert den peripherischen Teil des N. hypoglossus, wo er seine Endzweige in die Muskulatur senkt, durchschneidet den Nerven möglichst peripherisch und stellt ihn bis zu der Stelle dar, wo der M. sternocleido seinen Ursprung hat. Darauf wird die Gesichtsmuskulatur, die von den mittleren Fazialisästen versorgt wird, sorgfältig präpariert und der N. hypoglossus dort hineingepflanzt, nachdem er subkutan dorthin geleitet wurde. Das Verfahren ist nach Verf. für alle Fälle empfehlenswert, wo eine Nervenpfropfung nicht möglich ist. Auch ist die Heilungsdauer gegenüber anderen Operationsmethoden bei demselben wesentlich abgekürzt.

R. HOFFMANN.

9) **George Fetterolf** (Philadelphia, Pa.). **Blutungen aus der Nase und dem Halse. (Hemorrhage from the nose and throat.)** *Pennsylvania med. journ. Juli 1915.*

Verf. behandelt 1. die Massnahmen bei der spontanen Epistaxis; 2. solche nach Tonsillektomien; 3. nichttraumatische Blutungen im Halse. Ad 3 glaubt Verf., dass alle diese Blutungen aus den Lungen kommen, und deswegen sollte

man es nie unterlassen, die Brustorgane zu untersuchen, wenn die blutende Stelle nicht im Pharynx oder Larynx gefunden werden kann. Auf diese Weise entdeckt man nicht selten beginnende Tuberkulose der Lungen. FREUDENTHAL.

10) **Francis J. Quinlan** (New York). **Die Bedeutung der Blutungen bei Operationen in der Nase und im Halse. (Significance of hemorrhage in operations on the nose and throat.)** *Medical Record. 15. April 1916.*

Die wichtigsten Teile in bezug auf Blutungen sind das knorpelige und knöcherne Septum, sowie die Gaumenbogen. Aetiologisch wichtig sind von Bedeutung: 1. unvollkommene Entfernung abgetrennter Gewebe, 2. Anomalien der Gefässe, 3. Entzündungszustände, 4. Anästhetika. a) Chloroform, Aether usw. rufen eine Kongestion der Gefässe hervor und können zu Blutungen während der Operation führen; b) lokale Anästhetika bringen häufig verspätete Blutungen hervor. 5. Hämophilie sowie andere abnorme Zustände des Blutes, wie sie bei Purpura haemorrhagica, Leukämie und Anämie vorkommen.

Die Therapie ist gleichfalls lokaler und allgemeiner Natur. Zu den lokalen Massnahmen in der Nase gehört auch die Tamponade, die nur angewendet werden soll, wenn kein einzelnes blutendes Gefäss sichtbar ist, die hintere Tamponade nur in extremen Fällen.

Bei Tonsillarblutungen ist das Wichtigste absolute Ruhe, d. h. auch nicht Gurgeln und nicht Schlucken (um das letztere zu erzielen, ev. einen Pfropfen zwischen die Zähne tun). Ferner Digitalkompression, Klammern oder Naht, und schliesslich als letztes Hilfsmittel die Ligatur der Carotis comm., eine gefährliche Operation.

Für die allgemeine Behandlung kommen in Betracht die Einspritzung von Diphtherieantitoxin, Pituitrin, Calcium lact. und anderes. FREUDENTHAL.

11) **H. Finsterer** (Wien). **Aenderungen in der chirurgischen Indikationsstellung hinsichtlich der Operationseinwilligung seit Anwendung der Lokalanästhesie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 2. 1916.*

Der Vortrag, den Verf. am 28. Okt. 1915 im k. k. Garnisonspital Nr. 2 gehalten hat, ist nicht in letzter Linie von militärischem Interesse; F. vertritt darin den Standpunkt, dass es in dieser Zeit nur gerecht und billig wäre, die absolute Notwendigkeit der Operationseinwilligung aufzuheben, und er schlägt vor, dass eine autoritative Behörde (chirurgische Kliniker und Fachchirurgen aus den Garnisonspitälern) gegebenenfalls das bindende Urteil abgeben solle, wie etwa bei Superarbitrierungskommissionen. O. CHIARI.

b) Nase und Nasenrachenraum.

12) **Unna** (Hamburg). **Hautaffektionen des Naseneinganges.** *Derm. Wochenschr. Bd. 28. 1916.*

Bei den trockenen Affektionen des Naseneinganges ist das schädigende Moment nicht das Taschentuch, sondern der bohrende Finger; je nachdem dieser den Staphylokokkus oder den Streptokokkus überträgt, kommt es zu Follikulitis der

Vibrissen oder zum umschriebenen Erysipel. Bei der Follikulitis Ausziehen der Vibrissen, Reinigung der Nase und Bepinseln der Stellen mit Ichthyol, beim umschriebenen Erysipel Ichthyolpinselungen äusserlich und innerlich. SEIFERT.

13) **Alexander C. Howe** (Brooklyn, N. Y.) **Das Verhältnis von Nasensymptomen zur Amoebeninfektion der Nase und des Mundes. (Relation of nasal symptoms to entamebic infections of nose and mouth.)** *Med. Record. 9. Oktober 1915.*

Eine wohlcharakterisierte Symptomengruppe, die unter dem Bilde einer akuten Coryza plötzlich erscheint und ebenso plötzlich verschwindet, zeigt häufig Amöben in der Nase oder im Munde. (Besonders oft wurden Amöben in den Eiterhöhlen des Gaumens gefunden; Pyorrhoea alveolaris!). Die Chronizität der Symptome ist bedingt durch die Anwesenheit von Amöben an der Ursprungsstelle des Reizes. Ferner rühren die Nasen- wie einige allgemeine Symptome von einer Toxämie oder einer durch Resorption der Proteine entstandenen Anaphylaxis her. Emetin zeigte sehr gute Erfolge. FREUDENTHAL.

14) **Arthur Fritsche** (Leipzig). **Nasendeformationen und ihre Korrektionen.** *Würzburger Abhandlungen. XV. 12. 1916.*

Verf. bringt nach einer Literaturübersicht über die bisher geübten Methoden der Nasenplastik, die übrigens nicht frei von Irrtümern ist, zwei Fälle von Nasendefekten, die mit einer gelatinösen Masse (nach Salomon) ergänzt sind, welche der von Henning, Zinsser, Warnekros angewandten ähnelt, aber auch wie diese zusammenschrumpft. Verf. meint zum Schluss, dass derartige Prothesen die chirurgische Nasenersatzplastik nicht verdrängen, sondern als Notbehelf „bis zur Ausführung einer chirurgischen Plastik interimistisch dienen sollen", — eine Auffassung, der sich Referent anschliesst. JAQUES JOSEPH (BERLIN).

15) **Emil Schepelmann** (Bochum). **Alloplastischer Nasen- und Ohrenersatz.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. S. 431. 1915.*

Verf. beschreibt seine Modifikation des Zinsser'schen Verfahrens des plastischen Ersatzes mittelst einer Gelatine-Leim-Glyzerinmasse, der Zinnober und Zinkweiss behufs Erzielung einer Fleischfarbe zugesetzt werden. DREYFUSS.

16) **Steinthal** (Stuttgart). **Beiträge zur Rhinoplastik nach der italienischen Methode.** *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. S. 424. 1914.*

St.'s Methode besteht in Bildung von Wanderlappen, die er entweder von der Haut des Sternums auf den Unterarm oder von der seitlichen Brustwand auf den Oberarm und von da auf die Nase überpflanzt. Beschreibung einiger Fälle mit Beigabe von Farbenphotographien. DREYFUSS.

17) **Johnson** (Sa. Katharina, Brasilien). **Neue Wege für die Plastik mit subkutanen Knorpel- und Knochenspangen.** *Zentralbl. f. Chir. Bd. 20. 1916.*

In einer technisch relativ einfachen, jedenfalls gegenüber grossen Knochenplastiken ungefährlichen Weise wird nach Lokalanästhesie an der Seite der Nase ein scharf gebahnter Kanal unter der Haut gemacht und auf einer Hohlsonde eine vorher von der Rippe entnommene Knochenspange eingeführt. SEIFERT.

18) **Klocke** (Berlin). **Herstellung künstlicher Gesichtsprothesen.** Mit einem Vorwort von Geh. Rat Prof. Passow. *Med. Klinik. Bd. 21. 1916.*

Für die Anfertigung von Prothesen (Ohr, Nase, Augen) wird genaue Vorschrift gegeben, die Prothesenmasse besteht der Hauptsache nach aus gebleichter Gelatine, die Prothesenform bekommt der Patient mit, um sich selbst immer wieder neue Prothesen anfertigen zu können. SEIFERT.

19) **Lesser. Plastischer Ersatz der verlorenen Nasenspitze aus der Haut des Nasenrückens selbst.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 14. S. 513. 1916.*

Da bei Benützung einfacher Lappen die Luftdurchgängigkeit nicht immer befriedigend ist, hat Verf. bei einem durch Säbelhieb entstandenen Nasendefekt eine Plastik in der Art der Thiersch'schen Operation der Epispadie ausgeführt, wobei sowohl nach dem Naseninneren zu wie nach aussen Epidermis zu liegen kam.

KOTZ.

20) **Schlesinger. Ueber die erste Versorgung bei Nasenverletzungen.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 14. S. 513. 1916.*

Um Verwachsungen im Naseninneren zu verhindern, empfiehlt Verf., schon möglichst bald nach der Verletzung mit einfacher Tamponade beider Nasenhälften zu beginnen, welche leicht auch vom Nichtspezialisten ausgeführt werden kann. Die Gazestoffe (am besten Jodoformgaze) sind mindestens einmal täglich zu wechseln.

KOTZ.

21) **Spitzer. Prothesen für verstümmelte Nasen.** K. k. Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung v. 7. 1. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 126. 1916.*

Mit Hilfe einer Nasenform können sich die Patienten aus einer Gelatinemasse eine Nasenprothese nach Bedarf herstellen. Die Technik ist einfach, die Nase klebt gut an und macht einen natürlichen Eindruck. Da dieselbe jedoch allmählich eintrocknet, muss sie alle zwei bis zehn Tage neu gemacht werden.

R. HOFFMANN.

22) **Zinsser. Zur Technik der Anfertigung künstlicher Nasen.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 14. S. 511. 1916.*

Ergänzung zu einer in der Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 49, S. 2734, gegebenen Anleitung zur Herstellung künstlicher Nasen nach Hennig aus einer Gelatinemasse. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass man bei Nasenverstümmelungen „zunächst einmal einen ernsthaften Versuch mit der Prothese machen sollte. Kann nach einiger Zeit der Kranke sich mit der Prothese nicht anfreunden, dann ist es immer noch Zeit, eine Plastik zu machen, während eine misslungene Plastik durch eine Prothese meist nicht mehr zu verdecken ist." KOTZ.

23) **P. J. Mink. Ueber die Funktion der Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv für Laryng. Bd. 29. S. 453.*

Verf. beschäftigt sich mit den Luftströmen in der Nase; er unterscheidet von dem Hauptstrom einen durch die hinteren Nebenhöhlen bewirkten hinteren Nebenstrom und einen durch die vorderen Nebenhöhlen bedingten vorderen Neben-

strom. Ersterer hat eine besondere Beziehung zum Riechen; ferner haben aber beide Nebenströme das Gemeinsame, dass sie das Schleimhautgebiet, das von der inspirierten Luft getroffen wird, vergrössern, also den Reiz, der von dieser Luft bewirkt wird, verstärken. Verf. bespricht den Einfluss, den dieser Reiz sowohl auf die Tiefe der Inspiration hat, als auch durch Vermittelung des Ganglion Gasseri auf die Vasodilatatoren der Regio bucco-facialis, sowie durch den Nervus naso-ciliaris auf das Auge.

FINDER.

24) **Willy Pfeiffer. Beitrag zum Wert des axialen Schädelskiagramms.** Mit 8 Tafeln und 8 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 1. S. 1.*

Pfeiffer will durch seine Ausführungen den Wert der axialen Schädelaufnahme bei der Röntgenuntersuchung besonders hervorheben. Er beschreibt die Technik der vertikomentalen Aufnahme, der submento-vertikalen Aufnahme an der Hand von schematischen Zeichnungen, bespricht das Normalbild vom mazerierten Schädel und bespricht ausführlich den Wert der axialen Aufnahme in anatomisch-topographischer Beziehung und in Krankheitsfällen, bei einseitiger Keilbeinhöhleneiterung und bei der Stirnhöhleneiterung. Auch bei Tumoren und Frakturen und besonders bei Kriegsverletzungen des Gesichtsschädels, Schussfrakturen des Ober- und Unterkiefers haben sich die axialen Aufnahmen gut bewährt; fernerhin ist hervorzuheben die vortreffliche Darstellung der Schläfenbeine im axialen Bilde zu diagnostischen Zwecken bei Frakturen des Schläfenbeins und bei entzündlichen Erkrankungen des Warzenfortsatzes.

B. BAGINSKY.

25) **F. Diebold** (Zürich). **Sekretfärbung als Hilfsmittel zur Diagnose der Nasennebenhöhleneiterungen.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 200.*

Nach dem Vorgange von Burger verwendet Diebold das Hexaäthylviolett bzw. die Färbung der Sekrete mit diesem Farbstoff als Hilfsmittel zur Diagnose der Nasenhöhleneiterungen; er führt ein kleines Stück, welches an einen Sonderknopf angeschmolzen ist, in die erkrankte oder zu untersuchende Nebenhöhle ein. Nach Diebold's Meinung nimmt eingedicktes Sekret die Farbstofflösung nicht in sein Inneres auf, und eine Verschmelzung von eingedicktem Schleim oder Eiter mit dem aus der etwaigen Nebenhöhle ausfliessenden blauen Sekrete findet im allgemeinen nicht statt, so dass man nach Diebold's Vorstellungen die Provenienz der Sekrete auf diese Weise vielfach feststellen kann (?).

B. BAGINSKY.

26) **Hans Hirschfeld** (Berlin). **Chronische lymphatische Leukämie, im Anschluss an eine langdauernde Eiterung entstanden, mit Infiltration der Nase und der angrenzenden Gesichtshaut.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. S. 365. 1916.*

Mitbeteiligung der Haut bei der myeloiden Leukämie ist eine grosse Seltenheit. Fast alle dieser Fälle sind lymphatische Leukämien oder Aleukämien. Mit Vorliebe ist die Gesichtshaut befallen, wie im vorliegenden Fall. Auch solche Fälle sind selten. Die Diagnose der leukämischen Hautaffektion ist schwierig, wenn, wie das H. beobachtet hat, diese als erste Manifestation der Leukämie auftritt.

R. HOFFMANN.

27) **A. de Kleyn** und **H. W. Stenvers** (Utrecht). **Ueber den Nutzen der Röntgendiagnostik bei Erkrankungen der Stirnhöhlen. (Over het nut der Röntgendiagnostick by aandoeningen van de vorhoofdsholten.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 19. S. 1618.*

Kasuistische Mitteilung von zwei Fällen, bei welchen rhinologisch nichts gefunden wurde, während durch Röntgenbilder die Diagnose richtig gestellt werden konnte. In beiden Fällen bestanden chronische Entzündungen, welche starke Kopfschmerzen verursacht hatten.

VAN GILSE.

28) **J. C. Henkes** (Middelburg). **Ein Fall von gangränöser Entzündung der Stirnhöhle und eitriger Entzündung der Siebbeinzellen mit Durchbruch in die Orbita. (Een geval van gangraeneuse ontsteking van den voorhoefdsboezen en etterige ontsteking van de zeefbeencellen met doorbraak naar de eogkuil.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 26. 1916.*

Titel besagt den Inhalt.

VAN GILSE.

29) **Edward L. Pratt** (New York). **Trichinose unter dem Bilde von Sinusitis frontalis. (Trichinosis simulating frontal sinusitis.)** *Journ. amer. med. assoc. 9. Oktober 1915.*

Bericht über 3 Fälle, in denen es Verf. möglich war, die Diagnose auf Trichinose zu stellen, nachdem alle Symptome auf die Nebenhöhlen hingedeutet hatten. Die Differentialdiagnose gründete sich 1. auf die Anwesenheit von Oedem der Augenlider (einmal auch des Gesichts), ohne Oedem an irgend einer anderen Stelle, 2. den negativen Nasenbefund (in einem Falle war aber anfangs ein Empyem der Kieferhöhlen vorhanden). 3. die Anamnese und 4. die Eosinophilie.

FREUDENTHAL.

30) **A. de Kleyn** (Utrecht). **Chondrom der Schädelbasis, als adenoide Vegetation entfernt. (Chondroom der schedelbasis vernigderd als adenoied.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 4. S. 310. 1916.*

Bei der Operation bekam man das Gefühl, Knorpel zu durchschneiden. Am entfernten Tumor wurde dann mikroskopisch die richtige Diagnose gestellt. Nach vier Jahren noch kein Rezidiv.

VAN GILSE.

c) Mundrachenhöhle.

31) **F. A. Meyer. Alveolarpyorrhoe, Angina und Mundgeschwüre. (Alveolair pyorrhoea, angina tonsillaris, ulceraties in den mond.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. S. 1223. 1916.*

Hervorgehoben wird das häufige Zusammentreffen von Alveolarpyorrhoe und Angina. Die rezidivierenden Anginen bleiben oft aus nach Heilung der Pyorrhoe.

VAN GILSE.

32) **Reischig. Ein Radiumhalter für die Mundhöhle.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 225.*

Das Instrument ist so gearbeitet, dass es vom Patienten mit den Zähnen gehalten werden kann und die Fixation der Radiumkapsel an jeder beliebigen Stelle der Mundhöhle und des Gaumens ermöglicht.

KOTZ.

33) **Erich Sonntag. Ausgedehntes Haemangioma cavernosum der Unterlippe und Zunge, sowie dessen Behandlung.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 104.*

Beschreibung eines Falles unter Beigabe zahlreicher Abbildungen. Der grösste Teil des Tumors wurde in mehrzeitigen operativen Eingriffen entfernt, die kleineren Hämangiome wurden nach Payr mittels Magnesiumspickung behandelt, die in Einführung von kleinen Pfeilen aus reinem Magnesiumblech bestand. Näheres im Original.

DREYFUSS.

34) **Harry Sicher. Die Entwicklung des sekundären Gaumens beim Menschen.** *Anat. Anzeiger. Bd. 47. 6. Januar 1915.*

Nach einem geschichtlichen und kritischen Ueberblick über diese Frage kommt S. auf Grund von Studien an einschlägigem Embryonenmaterial (23, 27,5, 28,5 mm Länge) zu folgenden Schlüssen:

Die Anlage des Tegmen oris und des weichen Gaumens wird durch die anfänglich vertikal gestellten Gaumenleisten dargestellt, welche seitlich neben der Zunge gelegen sind.

Die Entfernung der zwischen den Gaumenplatten gelegenen Zunge vom Dache der primitiven Mundhöhle geschieht durch das Vorwachsen des Unterkiefers und der Zunge.

Gleichzeitig setzt an der Basis der Gaumenplatten ein intensives Wachstum ein, welches zur Horizontalstellung der Leisten führt.

DREYFUSS.

35) **Landsberger** (Berlin). **Der hohe Gaumen, seine schädlichen Einflüsse auf den kindlichen Organismus und seine Heilung.** *Archiv f. Kinderheilk. Bd. 65. H. 1. u. 2. 1916.*

Mit dem engen Gaumen ist die enge Nase vergesellschaftet, daher die Mundatmung, die Adenoiden sind nicht Ursache, sondern Folge dieses Zustandes. Die Ursache für den hohen Gaumen ist eine ererbte falsche Anlage der Zahnbeine, die nicht in schräger, nach aussen strebender Richtung und über dem Nasenboden gelagert sind, sondern in gerader Richtung nach unten und unter dem Nasenboden. Die Therapie, Druck auf die Innenwand des Kiefers soll möglichst früh einsetzen, so lange die Sutura palatina noch nicht verknöchert ist.

SEIFERT.

36) **Greenfield Sluder** (St. Louis). **Die Wechselbeziehungen zwischen Aktion des Pharynx und des weichen Gaumens und ihre Bedeutung für die Diagnostik der Verhältnisse im Nasenrachenraum.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 1. S. 66.*

Unter Wechselwirkung der Aktion des Pharynx und des weichen Gaumens versteht Sluder die aus gleichzeitiger Tätigkeit beider Teile resultierende Aktion oder Wirkung; in vorliegender Arbeit wird der Mechanismus des Leerschluckens und Würgens, namentlich soweit Nasenrachen und Mundrachen in Betracht kommen, besonders abgehandelt. Dem Zwecke dienen besondere, über einen Zeitraum von 13 Jahren sich erstreckende, in „unmethodischer Art“ angestellte Experimente, welche im wesentlichen darin bestehen, dass eine Mischung von Wismutkarbonat mit Mannit auf die Oberfläche des weichen Gaumens gebracht wurde, um auf diese Weise bei den verschiedenen Bewegungen desselben die Berührungs-

punkte usw. zu markieren. Besonders überraschend war für Sluder die Verengerung (Obliteration), welche in hohem Grade im Nasenrachenraum beim Schlucken und Würgen eintreten kann.

B. BAGINSKY.

37) **P. J. Mink** (Utrecht). **Der Weg des Inspirationsstromes durch den Pharynx im Zusammenhange mit der Funktion der Tonsillen.** Mit 2 Textfig. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 228.*

Mink hat die Frage, welchen Weg der Inspirationsstrom durch den Pharynx nimmt, durch das Experiment zu beantworten versucht, und zwar am lebenden Menschen durch eine von ihm angegebene Versuchsanordnung; der Inspirationsstrom geht nicht durch den ganzen Epipharynx, sondern verläuft in einem ziemlich schmalen Bett in der Nähe der Hinterwand und etwas lateralwärts, während er im Mesopharynx nicht an der hinteren Pharynxwand entlang läuft, sondern an der vom Zungengrund gebildeten Vorderseite dieses Kamms und auch nur in einem bestimmten Strombette in der Rachenhöhle. Diese Partien der Rachenhöhle sind ausgezeichnet durch das adenoide Gewebe, im Epipharynx durch die Luschka'sche Tonsille, im Mesopharynx durch die Gaumentonsille und die Tonsilla lingualis und Mink glaubt aus der Anwesenheit dieser Organe an den betreffenden Stellen des Pharynx ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis konstruieren zu können, welches in letzter Linie besonders darin besteht, dass die eingeatmete Luft in ihrer Temperatur und ihrem Feuchtigkeitsgehalt durch die Tonsillen in geeigneter Weise beeinflusst wird.

Der Wert der vorliegenden Arbeit wird von Mink selbst richtig angegeben, indem er bemerkt, dass einige Punkte in seiner Betrachtungsweise noch einer näheren Untersuchung bedürfen; wir können dem nur beistimmen.

B. BAGINSKY.

38) **Harry Jackson** (Chicago, Ill.). **Tumoren des Ductus craniopharyngeus. (Craniopharyngeal duct tumors.)** *Journ. amer. med. assoc. 8. April 1916.*

Embryologie und Pathologie dieser auch für den Laryngologen sehr interessanten Erkrankung nebst Bericht eines Falles.

FREUDENTHAL.

39) **Fröschels. Paraffininjektionen in die Pharynxwand wegen rechtsseitiger Gaumensegellähmung.** K. k. Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 7. 1. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 126. 1916.*

Demonstration des betreffenden Mannes.

R. HOFFMANN.

40) **N. Türk. Zur Aetiologie der Ortsveränderung der Projektile bei Steckschüssen.** *„Der Militärarzt.“ 49. Jahrg. No. 23. Beil. d. Wiener med. Wochenschrift. No. 39. 1915.*

Durch die Muskelbewegungen der Zunge wurde der in ihr eingelagerte Fremdkörper passiv zur Ortsveränderung gezwungen. Dieser nahm den Weg zur wenig widerstandsfähigen Narbe und wurde im Laufe der Monate spontan ausgestossen.

O. CHIARI.

41) **Merz. Ueber eine seltene retropharyngeal gelegene Bindegewebsgeschwulst mit Einschlüssen von Ganglienzellen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. S. 219.*

Der Tumor fand sich bei einem 17jährigen Schwachsinnigen, der ausserdem Störungen im Bereich des Sympathikus aufwies, und konnte durch Operation leicht entfernt werden. Verf. nimmt an, dass er seinen Ursprung von dem das Ganglion cervicale supremum durchziehenden und umschliessenden Bindegewebe genommen hat.

KOTZ.

42) **Brodzki** (Flensburg-Mürwik). **Beitrag zur Kenntnis des kausalen Zusammenhanges zwischen Angina und Gelenkrheumatismus und deren mögliche Folgen auf die Wehrfähigkeit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. S. 429. 1916.*

B. sah in 10 pCt. auf Angina Gelenkrheumatismus folgen, teils unmittelbar, teils auch 2, 3 und mehrere Tage, nachdem die Mandelentzündung entweder im Abheilen begriffen oder schon abgeheilt war.

Herzstörungen, wie sie Pässler (Klin.-therap. Wochenschr. Bd. 20. Nr. 9) als Folge der Tonsillitis beobachtet hat, konnte B. nicht beobachten, auch nicht die von P. beschriebenen Dysurien. Allerdings stütze sich sein Material hauptsächlich auf Beobachtungen bei Schiffsjungen. Dagegen sah B. vielfach Enuresis mit dem Rückgang der Mandelentzündung sich bessern oder gänzlich schwinden.

Weil die schweren Folgeerscheinungen der Angina die Wehrfähigkeit in Frage stellen können, ist schon bei der Einstellung der Schiffsjungen ausser der Prüfung des Gebisses auch eine genaue Untersuchung der Mandeln vorzunehmen. Besteht Tonsillenvergrösserung oder ist bereits eine Tonsillitis vorangegangen, so soll in der Zwischenzeit chirurgisch so weit behandelt werden, dass der betreffende Patient über bakteriendichte Tonsillen verfügt (Tonsillotomie oder Tonsillektomie).

R. HOFFMANN.

43) **Sverre Oftedal** (Fargo, N. D.). **Einige klinische Erscheinungen von lokaler Infektien. (Some clinical manifestations of local infections.)** *Journ. amer. med. assoc. 27. November 1915.*

O. zitiert 4 Fälle aus seiner Praxis, die die Wichtigkeit eines lokalen Herdes für eine Allgemeininfektion beweisen sollen. Fall 1: 12jähriger Knabe mit Chorea. Wurde gesund nach der Entfernung beider Tonsillen (in der linken fand sich Eiter). Fall 2: 13jähriges Mädchen leidet an Rheumatismus und Endokarditis. Nach der Tonsillotomie entstand eine hämorrhagische Nephritis und es wurde derselbe Streptococcus im Urin gefunden, wie vorher in der Mandel. Beim dritten Fall rührte die Infektion von einem Zahne und beim letzten von einer „postpharyngealen“ Eiterung her.

FREUDENTHAL.

44) **George P. Marquis** (Chicago). **Die postoperative antiseptische Behandlung der Fossae tonsillares. (The postoperative antiseptic treatment of the tonsillar fossae.)** *Journ. amer. med. assoc. 10. Juli 1915.*

Um eine starke Reaktion oder Infektion nach Entfernung der Tonsillen zu verhüten, appliziert Verf. sogleich nach der Operation eine 50proz. Lösung von Jodtinktur mit sehr gutem Erfolge.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

45) **Abraham Zingher** (New York). **Die Schick'sche Reaktion und ihre Anwendung. (The Schick reaction and its applications.)** *New York state journ. of med. März 1916.*

An der Hand von 1200 in Gemeinschaft mit Dr. Wm. H. Park im hiesigen Willard Parker Hospital beobachteten Fällen wünscht Verf. folgendes hervorzuheben: 1. Die absolute Verlässlichkeit dieser Methode. 2. Ihre Bedeutung für die Bestimmung der aktiven Immunisation bei empfänglichen Individuen, die mit einer Mischung von Diphtherietoxin- und -antitoxin injiziert worden waren. 3. Die Methode dient, um die Diagnose klinisch zweifelhafter Fälle aufzuklären. 4. Diese Reaktion hat weitere experimentelle Beweise zu der klinischen Erfahrung hinzugefügt, dass bei sehr toxischen Fällen von Diphtherie die intravenöse Einspritzung grosser Gaben von Antitoxin indiziert ist. 5. Die erzielten Resultate scheinen darauf hinzudeuten, dass in manchen Familien ausser der Infektion mit virulenten Diphtheriebazillen noch andere Faktoren, vielleicht hereditärer Natur, massgebend sind für die Erzeugung natürlicher Immunität gegen Diphtherie. 6. Nach überstandener Krankheit konnte diese Reaktion gebraucht werden, um zu bestimmen, ob ein Individuum immun gegen eine zweite Attacke geworden ist oder nicht. 7. Sie wird auch von Vorteil sein bei Trägern von Diphtheriebazillen und wird die Indikation für eine Schutzimpfung mit Antitoxin ergeben bei solchen, die positiv reagieren, und die am Hals oder Nase operiert werden sollen. 8. In einer Anstalt ist die Methode zu verwenden, um die Verbreitung der Krankheit zu kontrollieren. 9. In Hospitälern für kontagiöse Krankheiten ist sie von Wert bei der Aufnahme von Scharlach- und Masernkranken. 10. Die in vielen allgemeinen Hospitälern eingeführte Sitte, jedem Kinde bei der Aufnahme eine Injektion von Antitoxin zu geben zur passiven Immunisierung könnte mittels der Schick'schen Methode dahin geändert werden, dass nur positiv reagierende Patienten injiziert werden. 11. In der Privatpraxis wird diese Methode viele Erwachsene und manche Kinder vor der unnötigen Immunisierung schützen.

FREUDENTHAL.

46) **Ezra Fish** (Providence, R. I.). **Die intrakutane Diphtherietoxinreaktion von Schick, sowie manche Anwendung derselben. (The intracutaneous diphtheria-toxin reaction of Schick with some of its application.)** *Providence med. journ. März 1916.*

Schlussfolgerungen: 1. $^1/_{50}$ einer M. L. D. (minimal letalen Dosis) des Diphtherietoxins wird intrakutan injiziert. 2. Eine Verdünnung ist notwendig, damit nicht mehr als 0,2 ccm der Lösung eingespritzt wird. 3. Positive Reaktion erscheint innerhalb von 24—48 Stunden. 4. Negative Reaktion bedeutet Immunität gegen Diphtherie. 5. 50 pCt. der Kinder und Erwachsenen sind immun. 6. Diese akquirieren nicht Diphtherie und brauchen kein Antitoxin. 7. Sogenannte Träger können von klinischer Diphtherie unterschieden werden. 8. Die Behandlung der Epidemien wird erleichtert. 9. Unnötige Anwendung von Antitoxin kann verhindert werden.

FREUDENTHAL.

47) **Z. von Bokay. Ueber eine besondere Form der Alveolardiphtherie bei Säuglingen.** *Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. 1914.*

Sekundäre Alveolardiphtherie bei Rachendiphtherie ist bekanntlich nichts so seltenes. Hier handelte es sich aber um 2 Kinder, die keine Rachenerscheinungen darboten, bei denen die Diphtherie vielmehr nur als hämorrhagische Rhinitis (mit positivem Bazillenbefund) auftrat und bei der sich alsbald an den Alveolarrändern des Unterkiefers starke, schwappend ödematöse, cystenähnliche hämorrhagische Schwellungen zeigten. Am folgenden Tage waren diese dann in diphtherische Ulzerationen übergegangen. DREYFUSS.

48) **Frieda Lederer. Eine bisher noch nicht beschriebene Form von postdiphtherischer Lähmung; einseitige Paralyse des Hypoglossus.** *Archiv f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 279. 1916.*

Der Titel besagt den Inhalt. DREYFUSS.

49) **Hedinger. Herztod bei Diphtherie.** Med. Ges. zu Basel, Sitzung vom 2. 3. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. S. 381. 1916.*

Fall 1. 4jähriges Kind. Mikroskopisch Verfettung des Myokards und des His'schen Bündels. Tod 10 Tage nach Beginn der Diphtherie, vorübergehende Erscheinungen von Adams-Stockes. Fall 2. 6jähriger Patient mit ausgedehnter Thrombose beider Herzohren. R. HOFFMANN.

50) **A. Bynen** (Breda). **Intubation bei Diphtherie. (Intubatie by diphtheritis.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 1. S. 59. 1916.*

Nach des Verf.'s Ansicht ist die Intubation ein sehr geeignetes Verfahren auch für den nicht geschulten Arzt, welcher in ungünstigen häuslichen Verhältnissen Hilfe bringen muss. VAN GILSE.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

51) **Josef Schreiber. Ueber den Einfluss der Kastration auf den Larynx der grossen Haussäugetiere.** *Anat. Anzeiger. No. 5/6. 1916.*

Untersuchungen von Kehlköpfen von männlichen, weiblichen und kastrierten Pferden und Rindern ergaben:

Die im Jugendstadium ausgeführte Kastration der männlichen Iudividuen unserer grossen Haussäugetiere übt einen wachstumsändernden Einfluss auf den Larynx aus.

Beim Pferd besteht diese Beeinflussung in einer Abänderung der Formbildung der Knorpel und in einer Verlängerung der Ligamenta vocalia.

Der Larynx des frühkastrierten Rindes bleibt auf einer mehr infantilen Stufe, welche an Grösse und Form dem weiblichen Kehlkopf nahesteht. DREYFUSS.

52) **R. Imhofer** (Prag). **Ueber das elastische Gewebe im Stimmbande alter Individuen, nebst Bemerkungen zur Technik der gleichzeitigen Fett- und Elastikafärbung.** *Zentralbl. f. allg. Pathol. Bd. 25. No. 8. 1914.*

Färbetechnische Bemerkungen zur Differenzierung der Fett- und elastischen

Gewebe. An dem elastischen Gewebe im Stimmband alter Individuen hat Verf. keine Besonderheiten gegenüber Jugendlichen entdecken können. DREYFUSS.

53) **E. A. Lüken. Ein- und gleichseitige Vagus- und Akzessoriusläsion und vollkommene Taubheit nach Schädelbasisfraktur.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 104.*

Gut beobachtete Fälle dieser Art zählen immer noch zu den Seltenheiten. Sie sind für die Lösung der Frage der Innervation der Pharynx- und Larynxmuskulatur von Wichtigkeit.

Im vorliegenden Fall restituierte sich die Lähmung des Akzessorius nach $7^1/_2$ Monaten, der Vagus blieb dauernd gelähmt. Die Mm. sternocleidomastoideus und trapezius, ebenso die Muskulatur der hinteren Rachenwand und des Gaumensegels wurden wieder funktionsfähig, während das Stimmband, die halbseitige Kehlkopfsensibilität und die Rami oesophagei sup. dauernd gelähmt blieben.

DREYFUSS.

54) **Frank M. Adams** (Providence, R. I.). **Laryngeale Paralysen bei Tabes. (Laryngeal paralysis in tabes.)** *Providence med. journ. Mai 1916.*

Das Wesentliche dieses Artikels ist der Bericht eines Falles von Larynxkrisen, der (nach Ansicht des Ref.) nichts anderes ist, als die häufig beobachtete beiderseitige Lähmung der Abduktoren. FREUDENTHAL.

55) **de Quervain. Zur Chirurgie der Kehlkopfmuskeln.** Med. Ges. zu Basel, Sitzung vom 17. 2. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. S. 353. 1916.*

Bei einem 60jährigen Patienten, bei dem durch eine maligne Struma der Kehlkopf stark verlagert, um seine Achse gedreht, der rechte Postikus vollkommen gelähmt und der linke stark geschädigt war, hatte Verf. nach Entfernung der Struma den rechten Musculus cricoarytaenoideus lateralis vom Krikoidknorpel abgelöst; das rechte Stimmband kam dadurch in Kadaverstellung. R. HOFFMANN.

56) **Otto Seifert** (Würzburg). **Ueber Chondritis fibrinosa (Influenzalaryngitis).** Mit 1 Tafel. *Archiv. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 1. S. 83.*

Ueber die Pathogenese der bei Influenza auf den Stimmlippen entstehenden weissen Flecke, auf welche B. Fraenkel 1890 aufmerksam gemacht hatte, besteht keine Einigkeit der Anschauungen; von einigen werden dieselben für nekrotische Epithelmassen, von anderen für fibrinöse Auflagerungen bzw. Einlagerungen gehalten. Auch S. ist nicht in der Lage, hier aufklärend zu wirken, er hält sich auch nur an das klinische Bild, welches er in 38 von ihm in der Zeit vom November 1914 bis Juni 1915 beobachteten Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte. In sämtlichen Fällen zeigten beide Stimmlippen die charakteristischen Beläge, so dass die Einseitigkeit der Affektion, wie sie Landgraf in einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatte, zu den Seltenheiten gehört. Die mittlere Partie der Stimmlippenoberfläche ist besonders bevorzugt, weshalb auch S. den Namen „Chorditis fibrinosa" für diese Affektion in Vorschlag bringt. Der Verlauf der Chorditis fibrinosa ist ein langsamer, die Beläge bleiben relativ lange bestehen, durchschnittliche Dauer 25 Tage. Die Therapie besteht in Menthol-Oel-Inhalationen und Instillationen derselben Lösung in den Larynx. BAGINSKY.

57) **M. Nadoleczny** (München). **Stimmlippenblutungen, Ueberanstrengung beim Singen und falsche Atemführung.** *Passow's Beiträge usw. Bd. 8. S. 304. 1916.*

Bei Sängern und Sängerinnen kann infolge Ueberanstrengung beim Singen oder beim falschen Ueben der Stimme, speziell unrichtigem Gebrauch der Atemmuskulatur, eine Blutung in die Stimmlippen auftreten. N. fand in der Literatur 20 solcher Fälle; die Krankengeschichten (gleichzeitig mit 2 eigenen Beobachtungen) werden kurz wiedergegeben. Die Stimmstörung ist verschieden, je nach der Ausdehnung der Blutung. Nach der Resorption des Blutes kehrt die Stimme wieder. Da die Stimmlippenblutungen neben Ueberanstrengungen der Stimme hin und wieder auch auf falsches Ueben der Stimme, namentlich unrichtigem Gebrauch der Atemmuskulatur bei der sogenannten Stauübung zurückzuführen sind, so demonstriert N. an der Hand von Kurven, welche mit Gutzmann's Gürtelpneumographen aufgenommen worden sind, die Vorgänge an Brust und Bauch beim Singen, und zwar bei richtigem und unrichtigem Gebrauch der Atmungsmuskulatur.

OPPIKOFER.

58) **Hoensch. Prälaryngeale Abszessbildung nach endolaryngealen Operationen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 286.*

In 3 Fällen sah Verf. unmittelbar im Anschluss an einen endolaryngealen Eingriff einen Abszess vor dem Larynx auftreten. Für Perichondritis sprach kein Anhaltspunkt. Jedesmal trat nach kleinen Inzisionen rasch Heilung ein. Verf. nimmt an, dass es sich um eine Infektion der prälaryngealen Lymphdrüsen von der Wundfläche im Larynx aus handelt.

KOTZ.

59) **K. Kofler** und **V. Frühwald** (Wien). **Schussverletzungen des Larynx und der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1915.*

An der Chiari'schen Universitätsklinik kamen bis Dezember 1915 16 Schussverletzungen des Larynx und eine der Trachea zur Beobachtung und Behandlung. Einige Fälle wurden nur ambulatorisch begutachtet, und 5 weitere kamen während der Abfassung dieser Publiktion hinzu — sind aber hier nicht abgehandelt. Es folgen nun die einzelnen Krankengeschichten, aus denen zu entnehmen ist, dass es sich um 14 Verwundungen durch Gewehrprojektile und um 3 Schrapnellverletzungen handelt, davon waren 10 Durchschüsse, 3 Streifschüsse und 4 Steckschüsse. — Als zweckmässigste Einteilung der Schussverletzungen des Kehlkopfes wird vorgeschlagen: 1. in destruierende und 2. nicht destruierende Schüsse, welch letztere a) in penetrierende, b) in nicht penetrierende und c) in Tangentialschüsse (Konturschüsse) zu differenzieren wären.

Bei Besprechung der ersten Hilfeleistung im Felde wird betont, dass nur in äusserst dringlichen Fällen, also ganz ausnahmsweise, die Eröffnung im Ligamentum conicum — die Syndesmotomie — indiziert sei mit Rücksicht auf ihre späteren schweren Folgen. Im allgemeinen soll man sich bei Perichondritiden und Fisteln möglichst exspektativ verhalten, und es decken sich die an obiger Klinik gemachten diesbezüglichen Beobachtungen mit den von anderen Autoren niedergeschriebenen.

O. CHIARI.

60) **K. Schicklberger** (im Felde). **Kehlkopfdurchschuss.** *„Der Militärarzt.“ 50. Jahrg. No. 9. Beil. d. Wiener med. Wochenschr. No. 15. 1916.*

Sagittaler Durchschuss, geringes Hautemphysem ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens, ohne Atmungsbehinderung. Beobachtungsdauer 7 Tage.

HANSZEL.

61) **D. v. Masek** (Agram). **Zwei Fälle von Larynxverletzung.** *„Der Militärarzt.“ 50. Jahrg. No. 12. Beil. d. Wiener med. Wochenschr. No. 19. 1916.*

Schrapnellkugel in der Larynxwand mittelst Laryngofissur entfernt. Komplizierter Verlauf. — Granatverletzung des Larynx mit 2 cm grossem Defekt. Tracheotomie, nach sechs Wochen Dekanülement. Heilung. — Demonstration in der Agramer Aerztesitzung vom 6. 11. 1915.

HANSZEL.

62) **Frühwald** (Wien). **Vier Fälle von Schussverletzung des Larynx und der Stirnhöhle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1915.*

Demonstration der Fälle in der Sitzung vom 22. 10. 1915 der k. k. Ges. der Aerzte in Wien. — An der Klinik O. Chiari's kamen bis jetzt 17 Schussverletzungen des Kehlkopfes zur Beobachtung, eine relativ hohe Zahl gegenüber dem Kriege 1870/71, wo im ganzen nur 43 Larynxschüsse beobachtet wurden. Die vier demonstrierten Fälle sind leichtere Verletzungen, bei denen die Tracheotomie umgangen werden konnte, auch die Schussverletzung der Stirnhöhle bot kein schweres Bild und es wurde die Kugel aus der Stirnhöhle entfernt, da nach dem Röntgenbild die Gefahr einer Drucknekrose der hinteren Wand bestand.

In der darauf folgenden Diskussion bemerkte Fröschels, dass in einzelnen Fällen nach Larynxverletzungen die sprachärztliche Uebungsbehandlung nötig sei, worauf Hajek meint, dass dies lediglich für gewisse Läsionen motorischer Nerven Geltung hat, gewiss aber bei chirurgischen Läsionen des Kehlkopfgerüstes und dessen Weichteile überflüssig sei.

O. CHIARI.

63) **E. Glas** (Wien). **Drei Fälle von Larynxschüssen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1916.*

Demonstration von drei Soldaten in der Sitzung vom 12. 11. 1915 der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Durchschuss durch die vordere Kommissurgegend. Abszess an der Incisura thyreoidea. Endolaryngeale Entfernung von Granulationen.

2. Kehlkopfschuss, Steckschuss im linken Musc. sternocl. Nach 12 Stunden Tracheotomie. Nach drei Wochen Extraktion des Geschosses, inzwischen Dekanülement. Nach einigen Tagen abermalige Tracheotomie nötig gewesen.

3. Larynxdurchschuss. Tracheotomie nach einem Monat. Man solle möglichst endolaryngeal behandeln und nur im äussersten Notfalle extralaryngeale Eingriffe vornehmen.

O. CHIARI.

64) **Feldmann. Ein röntgenographisch und laryngoskopisch bemerkenswerter Fall von Einheilung eines Schrotkornes im Kehlkopf mit Beobachtung der Kehlkopfexkursion beim Schluckakt.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 304.*

Ein Schrotkorn war in der Gegend des linken Processus vocalis, direkt unterhalb seiner Mitte, eingeheilt und hatte eine Fixationsstellung des linken

Stimmbandes bewirkt; dasselbe stand unbeweglich in Respirationsstellung, zeigte jedoch die Knickung wie bei einer Lähmung des M. interarytaenoideus. Verf. hat bei der Röntgenaufnahme die Ausschlagweite des betreffenden Korns beim Schluckakt untersucht; sie belief sich bei fast parallelem Strahlengang, also orthodiagraphisch, auf 5 $^1/_3$ cm. FINDER.

65) **Sture Berggren. Beitrag zur Kenntnis des primären Trachealsarkomas. (Bidrag till kännedom om det primära trachealsarkomet.)** *Hygiea. Bd. 78. H. 11. 1916.*

Aus der vom Verf. gegebenen Zusammenfassung wird folgendes angeführt: Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von primärem Trachealsarkom bei einem 56jährigen Manne. Der Tumor war im oberen Teil der Trachea, an deren vorderen Wand gelegen, von Haselnussgrösse und zeigte mikroskopisch das Bild eines kleinzelligen Rundzellsarkoms. Es wurde nach Tracheofissur entfernt und Patient war nach vier Monaten noch rezidivfrei. Beigefügt ist eine Uebersicht über vorher bekannte Fälle — im ganzen 20 —, welche die Seltenheit dieser Tumoren zeigt, sowie deren Auftreten in verschiedenen Altern und ihre relative Benignität. Infiltration der Umgebung ist nur in einem Falle konstatiert worden. Der vom Verf. mitgeteilte Fall scheint der erste zu sein, in dem Metastase beobachtet wurde (in regionärer Lymphdrüse und wahrscheinlich auch in Rippen [Röntgenbefund]). E. STANGENBERG.

e II) Stimme und Sprache.

66) **Karl Weinberg** (Stockholm). **Studien über das Stimmorgan bei Volksschulkindern. Aus einer schulhygienischen Untersuchung.** Mit 6 Textfig. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 175.*

Verf. hat in den Jahren 1913/14 in den Stockholmer Volksschulen Gelegenheit gehabt, eine Untersuchung der Stimmorgane der Volksschulkinder auszuführen. Diese Untersuchung, wie sie bereits anderweitig von Engel, Paulsen, Flatau-Gutzmann u. a. ausgeführt wurde, bezog sich auf den Stimmumfang in den verschiedenen Altersstufen, sowie auf das Vorkommen pathologischer Prozesse, besonders chronischer Natur mit Heiserkeit usw. Es ist die erste derartige Untersuchung, welche in den nordischen Ländern angestellt wurde. Bei der Arbeit wurde ein Protokoll benutzt, welches dem Flatau-Gutzmann'schen ähnlich war. Bezüglich des Inhalts verweise ich Interessenten auf die Arbeit selbst, welche Tabellen und Kurven in reicher Zahl enthält. B. BAGINSKY.

67) **H. Streim. Inwieweit Ausmessungen von kymographischen Tonhöhenaufnahmen mit der Wirklichkeit übereinstimmen. Experimentelle Untersuchungen.** *Vox. H. 1—6. S. 1. 1915.*

Die Arbeit, die fast 100 Seiten Zahlentabellen enthält, eignet sich nicht zum Referat. Ihre Problemstellung lautet: Sind die kleinen Zickzacklinien in der Tonhöhenkurve Unsicherheiten der Stimme oder werden sie durch die Untersuchungstechnik bedingt? Die Frage ist noch ungelöst, aber die Fehlermöglichkeiten in der Untersuchungstechnik sind sehr eingehend nachgewiesen. NADOLECZNY.

68) **Franz Wethlo. Zur Technik der Stroboskopie.** *Vox 1915. H. 1—6. S. 271.*

W. setzt auseinander, dass man auch mit schlechten Stroboskopen aus psychologischen Gründen noch ungefähre Bilder erhält. Für genaue Untersuchungen hat er ein durch eine kleine Pressluftturbine (mit Kohlensäure) angetriebenes Instrument konstruiert, das an das Flatau'sche Laryngoskop angebaut ist. Die Scheibe dieses Turbostroboskops enthält drei Schlitzreihen, die je nach der Tonhöhe eingestellt werden können. Das Verhältnis von Schlitzbreite zum Dunkelfeld ist ungefähr 1 : 8. Das durchschnittene Lichtbüschel hat im ungünstigsten Fall noch die halbe Breite des Schlitzes.

NADOLECZNY.

69) **Clara Metz. Ein experimentell phonetischer Beitrag zur Untersuchung der italienischen Konsonantengemination.** *Vox 1914. H. 5/6. S. 201.*

Phonetische Untersuchungen über die Verschmelzung der Konsonanten im römischen, toskanischen und sizilianischen Dialekt. Bestimmungen des zeitlichen Verhältnisses zwischen Vokalen und Konsonanten.

NADOLECZNY.

70) **P. Hambruch. Sprachaufnahmen mit einem Knaben aus Neumecklenburg.** *Vox. H. 5/6. S. 271.*

Grammophonaufnahmen der Eingeborenensprache.

NADOLECZNY.

71) **C. E. Benjamins** (Utrecht). **Ueber den Hauptton des gesungenen oder laut gesprochenen Vokalklanges.** *Archiv f. d. ges. Phys. Bd. 154.*

Als Hauptton eines zusammengesetzten Klanges ist derjenige Partialton zu betrachten, der die grösste Energie besitzt. Für die Vokalfrage wichtig ist die Ermittelung des Haupttons eines Vokals. B.'s Methodik bestand in der Anwendung der Kundt'schen Röhren behufs Erzeugung der Staubfiguren. Untersucht wurden die Vokale A, O und U bei Personen verschiedener Stimmlagen und des Alters. Die Resultate mögen im Original nachgesehen werden.

DREYFUSS.

72) **John J. McLoone** (Phönix, Arizona). **Defekte der Singstimme infolge von Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Defects of the singing voice due to nasal and accessory sinus disease.)** *Journ. amer. med. assoc. 24. Juli 1915.*

Aufzählung der verschiedenen Erkrankungen, die eine volle Entwicklung der Singstimme verhindern können.

FREUDENTHAL.

73) **Carl Amersbach. Erfahrungen über funktionelle Larynxstörungen bei Heeresangehörigen.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 139.*

An der Hand von 107 Fällen funktioneller Störungen des Larynx, welche Amersbach unter 3000 an Hals- und Nasenkrankheiten leidenden und von ihm beobachteten Patienten konstatieren konnte, wird die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie dieses Leidens abgehandelt. Es zeigt sich, dass die funktionelle Aphonie auch beim männlichen Geschlecht häufig vorkommen kann, und zwar in allen Lebensaltern. Sie tritt unter den verschiedenartigen klinischen Bildern auf. Stets bilateral symmetrisch betrifft sie einzelne oder Gruppen phonatorischer Muskeln in Form von Lähmungen. Das Bild der isolierten Lateralislähmung wurde in keinem Falle einwandsfrei festgestellt. Die

Diagnose konnte leicht gestellt werden, therapeutisch kam besonders die endolaryngeale Faradisation zur Anwendung. Die Prognose ist zweifelhaft; da eine Schädigung nicht zu befürchten ist, so sind Militärpersonen, bei denen die Therapie versagt, möglichst bald wieder dem Heeresdienste zuzuführen.

B. BAGINSKY.

74) **Emil Fröschels** (Wien). **Ueber den zentralen Mechanismus der Sprache.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 54. 1915.*

Die lesenswerte Arbeit stellt einen weiteren Beitrag zu F.'s optisch-taktiler Methode der Therapie bei motorischer Aphasie dar.

Bei schweren Fällen von motorischer Aphasie gelangt man mit dem Vorsprechen der Worte vom Ohre aus nicht zum Ziele. F. glaubt nicht, dass die Sprache sich wiederbilden würde durch vikariierendes Eintreten der rechten Hemisphäre, wenn diese nicht schon primär am Sprechakt beteiligt wäre.

DREYFUSS.

75) **Fröschels** (Wien). **Zur Differentialdiagnose zwischen frischem traumatischem und veraltetem Stottern.** *Med. Klinik. Bd. 26. 1916.*

Das sicherste Unterscheidungsmerkmal scheint in gewissen abnormen Bewegungen mit Lautcharakter bzw. den Embolophrasien zu liegen, d. h. Flickwörtern, die nicht dem auszusprechenden Gedanken angehören. Sie werden nur gebraucht, wenn Sprachschwierigkeiten auftreten.

SEIFERT.

f) Schilddrüse.

76) **C. Hart. Die Bedeutung der Thymus für Entstehung und Verlauf des Morbus Basedowii.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 104.*

H. beschäftigt sich in dieser umfassenden Darstellung hauptsächlich mit 2 Fragen:

1. Welche Beziehungen bestehen zwischen Thymus und Schilddrüse?
2. In welcher Weise beeinflusst die Thymus das klinische Bild und den Verlauf der Basedow'schen Krankheit?

H. hält Thymus und Schilddrüse für synergisch wirkende Gebilde. Es ist schwer und vorderhand wohl nicht möglich, Thymus- und Schilddrüsenwirkung bei Morbus Basedowii zu trennen.

H. kommt dann auf seine anatomischen Thymusstudien zu sprechen. Man kann nach dem histologischen Bau dor Basedowthymus verschiedene Typen aufstellen:

1. Die Thymus bietet den Bau, den wir im frühen Kindesalter antreffen; kombiniert sind damit gewöhnlich infantilistische und hypoplastische Merkmale, mangelhafte Entwicklung des Genitalapparats.
2. Die Thymus zeigt das Bild der Markhyperplasie.
3. Sie zeigt bei abnormer Organgrösse und Hyperplasie ihrer Läppchen eine Verbreiterung sowohl der Mark- wie der Rindenzone.
4. Sie zeigt reine Rindenhyperplasie.

5. Sowohl die nach unserem Urteil persistente wie die hyperplastische Thymus können einer Rückbildung verfallen und die Zeichen der Involution bieten.

H. unterscheidet reinthyreogenen, reinthymogenen und thymo-thyreogenen Morbus Basedowii.

Zum Schluss bespricht er dann noch die Beziehungen des chromaffinen Systems zum Morbus Basedowii.

DREYFUSS.

77) **H. v. Haberer** (Innsbruck). **Weitere Erfahrungen über Thymusreduktion bei Basedow und Struma.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 105.*

12 weitere Fälle von kombinierter Strumektomie und Thymektomie. Einige der Schlussätze des Autors lauten:

1. In jedem Fall von Morbus Basedowii ist es indiziert, gleichzeitig mit der Strumektomie die etwa vorhandene Thymus zu reduzieren.

2. Es scheinen die kombinierten Eingriffe bessere Resultate zu ergeben als die blosse Strumektomie oder die blosse Thymusreduktion.

Dieser Satz ist um so vorsichtiger zu fassen als die Vergleichsobjekte höchst ungleich an Zahl sind.

3. Es gibt Basedowfälle ohne Thymus hyperplastica.

4. Es gibt auch Fälle einfacher Strumen, die durch Thymushyperplasie kompliziert und dann am besten ebenso zu behandeln sind, wie es eben für die Fälle von Basedow auseinandergesetzt wurde.

5. Die kombinierte Operation gibt einen besseren postoperativen Verlauf als es die einfache Strumektomie bei vorhandener Thymus persistens in der Regel gewährleistet.

DREYFUSS.

78) **Albert Kocher** (Bern). **Ueber Basedow'sche Krankheit und Thymus.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 105.*

Kocher, Vater und Sohn, legen bekanntlich der Thymushyperplasie nicht die wichtige Rolle bei, die ihr von anderen Autoren (Rehn, v. Haberer, Klose, Capelle) vindiziert wird. Die Schlussfolgerungen sind im Original nachzusehen.

DREYFUSS.

79) **Bruno Glaserfeld** (Berlin). **Die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedow.** *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. 1914.*

Diese preisgekrönte Arbeit der Möbius-Stiftung gibt einen erschöpfenden Ueberblick über den Stand dieser Frage.

Sie behandelt die Schilddrüsenoperationen (Geschichte, Methoden, postoperative Erscheinungen, Todesfälle, Thymustod, allgemeine und spezielle Operationsresultate, Rezidive, Indikationen und Kontraindikationen, die Stellung der inneren Mediziner zur Operation), die Thymus- und Sympathikusoperationen und die Operationen an anderen (speziell Geschlechts-) Organen bei Morbus Basedowii.

DREYFUSS.

80) **John C. MacCoy** (Paterson, N. J.) **Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Journ. of the med. society of New Jersey. April 1916.*

An einem sehr heruntergekommenen Mädchen unterband Mc Coy zuerst die

linke Art. thyr. sup. und injizierte 20 ccm kochendes Wasser in die Masse. Einen Monat später tat er dasselbe auf der anderen Seite. Dies wurde vorgenommen, um heftige Symptome zu erleichtern und, wenn möglich, den Weg für eine radikale Operation vorzubereiten. Nach jedesmaliger, gleich erscheinender heftiger Reaktion war jedoch das Resultat ein so gutes, dass Verf. vor der Hand wenigstens von weiteren Eingriffen absieht.

FREUDENTHAL.

g) Oesophagus.

81) **Carl Hirschmann** und **Fritz Frohse** (Berlin). **Zur topographischen Anatomie des Oesophagus.** *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. S. 465. 1915.*

Topographisch-anatomische Beschreibung des intrathorakalen Verlaufs mit besonderer Berücksichtigung der intrathorakalen Oesophaguschirurgie. Beigabe von 5 Tafeln.

DREYFUSS.

82) **Hirschmann. Zur tepopraphischen Anatomie des Oesophagus.** Berliner Ges. f. Chir., Sitzung v. 8. 6. 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. S. 1773. 1914.*

Darstellung vom rein topographisch-anatomischen Gesichtspunkt am fixierten Präparat unter Wahrung der normalen Lage mit besonderer Berücksichtigung der Gefäss-, Nerven- und Lymphversorgung.

R. HOFFMANN.

83) **Jenckel. Elektrolyse der Speiseröhre.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 21. 3. 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 19. S. 516. 1916.*

J. hat analog den guten Ergebnissen der Elektrolyse bei Harnröhrenstrikturen solche bei einer Narbenstriktur des Oesophagus, entstanden nach Salzsäureverätzung, mit vollem Erfolg angewandt. Die Frau schluckt jetzt alles und leidet nur noch an spastischen Zuständen in der Speiseröhre. Die Bougierung liess sich in diesem Falle weder von oben noch von unten durchführen.

R. HOFFMANN.

84) **Edward W. Peterson** (New York). **Bemerkungen über Oesophagusverengerung mit besonderer Berücksichtigung der durch Narben hervorgebrachten Stenosen, der Divertikel und Fremdkörper. (Remarks on esophageal obstruction, with special reference to cicatricial stenosis, diverticulum and foreign bodies.)** *Medical Record. 22. April 1916.*

Besprechung der anatomischen und histologischen Verhältnisse und Einteilung der Stenosen in 1. gutartige Narbenstrikturen (Aetiologie und Behandlung derselben), 2. pharyngo-ösophageale Divertikel (desgleichen) und 3. Fremdkörper. Ausserdem wird des Näheren auf die Operation maligner Tumoren dieser Nachbarschaft eingegangen.

FREUDENTHAL.

85) **Benjamin F. Davis. Mechanismus der Entstehung hämorrhagischer Erosionen des Oesophagus. (Mechanism of the production of hemorrhagic erosions of the oesophagus.)** *Annals of surgery. Bd. 61. No. 3.*

Hämorrhagische Erosionen sind äusserst selten; sie treten im unteren Ab-

schnitt des Oesophagus als scharf umschriebene Flecken von 1 mm bis 1 cm im Durchmesser auf; sie haben eine mehr oder weniger ovale Form, sind von bräunlicher Farbe und bisweilen in Reihen angeordnet. Sie können oberflächlich sein oder sich in die Mukosa hinein erstrecken. Sie entstehen wahrscheinlich ebenso wie die gleichen Erosionen im Magen. Verf. beschreibt einen Fall.

EMIL MAYER

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 10. März 1916.

Killian: Vorstellung dreier Fälle von Stirnbein- bzw. Stirnhöhlenschuss.

Der eine Fall wurde bereits in der vorigen Sitzung vorgestellt. Der rechte Stirnlappen lag damals vor und granulierte. Die Wunde ist jetzt völlig geheilt und Patient in normaler Verfassung. Bei der Untersuchung der rechten Nasenhöhle zeigte sich diese vor kurzem ganz zugeschwollen; als bei der Untersuchung das Spekulum etwas tiefer eingeführt wurde, floss von vorn oben eine sehr grosse Menge Eiter ab. Es hatte sich ein Abszess des rechten Stirnlappens spontan in die Nase entleert. Am nächsten Tage war die Nasenschleimhaut ganz abgeschwollen und man konnte sehen, dass der Eiter da, wo der rechte Stirnlappen lag, herabkam.

Auch der zweite Fall — Zertrümmerung des rechten Stirnbeins — war in voriger Sitzung vorgestellt. Er war bereits auf dem Wege der Heilung, als plötzlich wieder Kopfschmerzen, Bewusstlosigkeit, Krämpfe in den Extremitäten, Pulsverlangsamung auf 56 eintrat. Kein Fieber. Es wurde ein Abszess im rechten Stirnlappen angenommen, was durch die Operation bestätigt wurde. Nach Entleerung des Eiters trat sofort Besserung ein.

Im dritten Falle handelt es sich um eine schwere Schussverletzung beider Stirnhöhlen mit Fistelbildung; bei der doppelseitigen Radikaloperation kam ein grosser Sequester zum Vorschein, darum herum Fissuren und bewegliche Knochenstücke, die Dura granulierend. Nachdem alles reseziert war, lagen die beiden von Dura bedeckten Stirnlappen vor, in der Mitte die Gegend des Sinus longitudinalis. Patient hatte vorübergehend hohe Temperaturen, die jedoch bald verschwanden. Es ist alles per primam geheilt.

Claus berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Stirnabszess nach Zertrümmerung der Stirnhöhlenhinterwände. Die Verletzungen der dem Hirn anliegenden Nebenhöhlen müssen typisch behandelt werden. Ein- und Ausschuss sind zu revidieren, kleinere Sequester und imprimierte Knochenstücke sorgfältig zu entfernen, etwaige Verletzungen der Stirnhäute oder der Stirn sind offen zu behandeln. C. hat gesehen, dass sogar nach $1^1/_2$ Jahren bei Gelegenheit eines akuten Schnupfens es zu einer Infektion des Schädelinnern kam.

Gutzmann: Vorstellung einiger Fälle von Stimm- und Sprachstörungen durch äussere Verletzungen.

Zwei Fälle von Rekurrenslähmung und ein Fall von Tangentialschuss, der gerade durch die Sprachregion gegangen ist, die vordere zentrale Windung und auch die erste temporale Windung durch Splitter verletzt hat. Zu Anfang bestand völlige motorische und sensorische Aphasie. Sprache jetzt normal. Wegen Krampfanfällen musste er operiert werden, wobei eine Zyste entleert wurde.

Halle: 1. Fall von doppelseitiger Kieferhöhleneiterung, der wiederholt nach verschiedenen Methoden operiert worden ist und trotzdem weiter eitert. Die knöcherne Höhlenwand hat keine Kortikalis, sondern die Spongiosa liegt frei; H. nimmt an, dass es sich um eine Osteomyelitis handelt.

2. Zwei Fälle von Kieferhöhlenschüssen. Der eine Patient hat einen Schuss durch die Augen bekommen und ist beiderseits blind. Der Schuss ging durch das rechte Auge in die Kieferhöhle hinein, welche infolge des Herabfliessens des eitrigen Sekrets der Konjunktiva völlig mit Eiter gefüllt ist. H. hat die Operation nach Sturmann-Canfield gemacht, die er überhaupt warm empfiehlt, und will die Fistel zwischen Orbita und Kieferhöhle schliessen. Im zweiten Fall, in dem der Schuss durch das rechte Auge gegangen ist, besteht gleichfalls eine direkte Kommunikation mit der Kieterhöhle.

3. Schuss von der rechten Wange nach der linken Stirnhöhle. Es war von anderer Seite eine Stirnhöhlenoperation gemacht worden, der Eiter floss aber andauernd aus der Wunde. Bei erneuter Operation fand sich die Dura breit freiliegend, pulsierend, mit schmutzigen Granulationen und fibrinösem Belag bedeckt. Nach sorgsamer Entfernung aller kranken Knochen, Granulationen usw. wurde die Wunde offen gelassen. Die Dura sieht jetzt rein aus, so dass die Wunde in den nächsten Tagen geschlossen werden soll. Die Oeffnung nach der Nase soll dadurch offen gehalten werden, dass die Schleimhaut der lateralen Nasenwand nach der Orbita hinübergeklappt wird.

4. Schussverletzung der Stirnhöhle vor 6 Monaten; Patient war in einem Lazarett operiert worden, es war jedoch keine Heilung eingetreten. Es bestand eine Eiterung aus einer 3 cm breiten Oeffnung über dem rechten Auge. Bei der Operation fand sich, dass der Orbitalrand sich in grosser Ausdehnung abgestossen hatte und als Sequester in der Höhle lag. Die Orbita lag frei und war mit schlaffen Granulationen bedeckt. Die Höhle wurde freigelegt und gereinigt. Nach 8 Tagen Symptome von Stirnhirnabszess; Punktion ergab in $1^1/_2$ cm Tiefe einen grossen Abszess. Nach Entleerung desselben ist das Befinden leidlich gut.

5. Zwei Fälle von durch Operation geheilte völlige Narbenatresie der Nase.

6. Schuss durch den Kehlkopf. Es besteht totale Anchylose beider Aryknorpel, die Taschenbänder sind bis auf einen kleinen Spalt zusammengewachsen; das linke Stimmband ist beweglich, das rechte nicht. Patient ist im Feldlazarett tracheotomiert worden.

Finder: 1. Kehlkopfschuss.

Diametralschuss vor $^3/_4$ Jahren, Einschuss auf der linken Seite am oberen Rande des Schildknorpels, Ausschuss auf der gegenüberliegenden Seite, ungefähr dem Ringknorpel entsprechend. Es besteht rechts hochgradiges Oedem der Schleimhaut über dem Aryknorpel und der ary-epiglottischen Falte, ebenso Oedem des Taschenbandes, die rechte Kehlkopfhälfte fast völlig still; an Stelle der Stimmbänder sieht man beiderseits zwei dicke, fleischige Wülste, die sich in den vorderen zwei Dritteln vollkommen berühren, so dass nur hinten ein ganz schmales Dreieck für die Atmung freibleibt. Die Vorstellung des Falles wird durch zwei Momente gerechtfertigt: Erstlich hat Patient trotz der sehr erheblichen objektiv zu konstatierenden Stenosierung des Kehlkopfs nicht tracheotomiert zu werden brauchen, ferner hat er eine sehr weit vorgeschrittene Tuberculum pulmonum und es entsteht die Frage, was von den Veränderungen im Larynx ist auf das Trauma und was eventuell auf eine Komplikation durch Tbc. zurückzuführen. F. ist der Ansicht, dass es sich jedoch um eine reine traumatische Perichondritis handelt.

2. Rechtsseitige Rekurrenslähmung infolge hochgradiger Schrumpfung des rechten Oberlappens bei Tbc.

Die rechte Thoraxseite ist stark abgeflacht, die Trachea nach rechts hinübergezogen.

Lautenschläger: Kriegsverletzungen der Nasennebenhöhlen.

1. Querschuss durch beide Oberkieferhöhlen. Beide Processus alveolarus sind abgesprengt, der linke verloren gegangen, der rechte angeheilt. Die linke Kieferhöhle ist ausgeheilt, bzw. besteht chronische Eiterung. Im harten Gaumen besteht ein daumengliedgrosser Defekt.

2. Querschuss durch die rechte Kieferhöhle. Die Kugel durchschlug dicht über dem Nasenboden die laterale Nasenwand und liess das Naseninnere sonst völlig intakt. Die Kieferhöhle ist vollständig ausgeheilt. Auch hier Defekt im harten Gaumen; für Sicherung der Heilung solcher Defekte hat Ganzer ein genau angepasstes, abnehmbares Drahtgestell angegeben, das nach Beendigung der Plastik die Tampons festhält.

3. Querschuss durch die rechte Kieferhöhle von rechts nach links. Es besteht eine breite Verbindung der Kieferhöhle mit dem Nasenrachenraum, sowie ein Defekt am harten Gaumen.

In bezug auf die Stirnhöhlenverletzungen sagt L., dass jede als eine schwere Verletzung anzusehen ist. Er demonstriert das Präparat eines Falles, in welchem bei Radikaloperation der rechten Stirnhöhle der Chirurg eine kleine Verletzung der Tabula vitrea der Stirnhöhle gemacht hatte. Gelegentlich eines Schnupfens entstand 4 Jahre später im Bereich des bei der Operation abgesprengten Knochenstückchens eine Infektion, die zu einem letal verlaufenden Hirnabszess führte.

Killian: Kehlkopfschüsse. Es handelt sich in allen drei Fällen um Verletzungen durch Querschläger.

Bei dem ersten Patienten hat die Kugel alle Weichteile am Halse und den vorderen Teil des Kehlkopfes durchschlagen. Patient atmete durch die Wunde. Es entstand eine breite Verwachsung der Stimmlippen. Auch waren die Stimmlippen fixiert. Um die Stenose dauernd zu beseitigen, musste ich, wie Sie hier sehen, ein Laryngostoma anlegen. Auch habe ich die ganz unbewegliche rechte Stimmlippe submukös reseziert. Die Methode will ich Ihnen ein andermal genauer auseinandersetzen. Durch das Laryngostoma sieht man eine Narbe an der Pars arytaenoidea der hinteren Larynxwand.

Auch bei dem zweiten Patienten, den ich Ihnen hier zeige, sehen Sie ein grosses Laryngostoma. Die Vorgeschichte des Falles ist ausserordentlich kompliziert. Dem Patienten hatte der Querschläger ein ganzes Stück vom Larynx weggerissen. Durch das Laryngostoma sehen Sie oben die hintere Rachenwand. Es folgt die hintere Larynxwand mit einer strahlenförmigen Narbe. Trotzdem gehen die Aryknorpel bei der Inspiration weit auseinander.

Der interessanteste Fall ist dieser dritte Patient. Der Patient hat auch ein grosses Stück seines Kehlkopfes durch einen Querschläger verloren. Man hat ihm in die Wunde eine Kanüle gesteckt. Er hat eine Halsphlegmone durchgemacht und eine schwere Bronchitis und ist erst ganz spät, nach Monaten, in meine Behandlung gekommen. Sein Zustand war damals folgender (Demonstration an Lichtbildern): Sie sehen hier ein grosses Loch am Halse, in das sich die Haut von allen Seiten hineinstülpte. Von Stimmbändern war keine Rede mehr. In diesem Loch steckte eine dicke Sprechkanüle. Mit dem Kehlkopfspiegel sah man die Reste der Taschenbänder vorn verwachsen und dazwischen die Kanüle mit ihren Oeffnungen. Wenn man unten in das grosse Loch, das er am Hals hatte, einen Spiegel einführte, um die Laryngoscopia inferior zu machen, so sah man in den Nasenrachen, ein Anblick von höchster Eigenart, aber auch ein Beweis, wie weit der Kehlkopf war. Durch das grosse Loch nach abwärts konnte man ohne weiteres die Bifurkation erkennen. Es lag also kein Grund mehr vor, dass der Patient die Kanüle trug. Ich habe ihn ohne weiteres davon befreit. Zum Verschluss der Oeffnung pflanzte ich Rippenknorpel rechts und links unter die Haut. Nachdem ein paar Wochen vergangen waren, habe ich dann die Plastik gemacht. Die Sache ist primär glatt verheilt. Jetzt haben Sie den Hals wieder normal und fühlen sogar ein Pomum Adami. Patient bildet mit seinen Taschenbändern eine brauchbare Stimme.

Sitzung vom 14. April 1916.

Kickhefel: Doppelseitige periphere Hypoglossuslähmung nach Halsschuss.

Der Einschuss war direkt unterhalb des unteren Randes des Unterkieferastes links, der Ausschuss rechts etwa einen Querfinger breit unter dem Unterkieferast. Am Abend musste Tracheotomie gemacht werden. In den ersten 14 Tagen konnten nur Flüssigkeiten geschluckt werden. Ein halbes Jahr nach der Verwundung wurde Patient dem Ambulatorium für Sprachstörungen überwiesen. Bei der

Untersuchung zeigte sich, dass die Zunge unbeweglich im Munde liegt, sie ist runzelig, die beiden Seiten an Volumen ziemlich gleich. Die Raphe liegt annähernd in der Mittellinie, Sensibilität und Geschmack sind vorhanden. Es besteht partielle Entartungsreaktion, rechts mehr als links. Patient kann die Speisen nicht herunterschlucken; er muss sie mit dem Finger nach hinten dirigieren. Es besteht Salivation. Von den Vokalen werden a, o und u annähernd gut gebildet, i klingt wie e. Die Diphthonge und Umlaute sind vorhanden. Von den Konsonanten werden die Laute des ersten Artikulationsgebietes gut gebildet; vom zweiten Artikulationsgebiet sind die s-Laute unklar, die des dritten Artikulationsgebietes, also g, k, ch werden gar nicht gebildet. Es handelt sich um eine doppelseitige periphere Lähmung des Hypoglossus, eine sehr seltene Form, und um eine leichte Parese des Astes des Glossopharyngeus, der den linken weichen Gaumen versorgt.

Man hat dem Patienten bei der Artikulation dadurch zu helfen gesucht, dass man die Laute des dritten Artikulationsgebietes nicht vom Zungenrücken und harten Gaumen, sondern vom Zungengrund und weichen Gaumen bilden lässt.

Gutzmann hat gute Sprache auch bei Leuten, denen die Zunge völlig herausgenommen wurde, erreicht. Schon Nikolaus Tulp hat einen Fall von vollständigem Fehlen der Zunge beschrieben, der doch gut sprechen gelernt hat. Die Zunge ist nicht so notwendig zum Sprechen, wohl aber der Gaumen. Eine sprachliche Identifizierung von Zunge und Sprache ist nicht richtig.

Ritter: Fall von Liquorabfluss durch die Nase mit Tod an Meningitis infolge von Encephalocele intraethmoidalis.

39jähriger Mann litt an wässrigem Ausfluss aus einer Nasenseite mit Kopfschmerz. An einem Tage will er beim Bücken das Gefühl gehabt haben, als ob ihm in der Nase etwas platze, in demselben Augenblick sei eine Menge wässriger Flüssigkeit aus der Nase gelaufen und die Kopfschmerzen hätten aufgehört. Seitdem besteht der Ausfluss in wechselnder Stärke. Der Abfluss selbst war hell, leicht getrübt, etwas opaleszierend. Nach einigen Wochen erkrankte Patient unter meningitischen Erscheinungen; Druck ausserordentlich erhöht, nach drei Tagen 816 mm. Liquor getrübt, Puls stark verlangsamt. Augenhintergrund normal. Es wurde die Diagnose auf Meningitis serosa mit Durchbruch in die Nase und akuter Exazerbation aus unbekannter Ursache gestellt. R. machte die Trepanation, in die Dura des Schläfenlappens auf der betreffenden Seite wurden mehrere kleine Inzisionen gemacht und kleine schmale Gazedochte in den Subduralraum eingeschoben. Da nach kurzer Besserung der Liquorabfluss wieder versiegte, wurde, um einen dauernden Abfluss herbeizuführen, auf der anderen Schädelseite eine ganz kleine Trepanation gemacht, eine Unterhautvene freipräpariert, durchschnitten und mit dem distalen Ende durch den kleinen Duraschlitz in den Schädelraum eingeschoben. Nach vorübergehender Besserung erlag Patient einige Monate später einem heftigen Anfall von Meningitis. Die Sektion ergab, abgesehen von eitriger Meningitis, eine Geschwulst aus gliomatösem Gewebe mit Ganglienzellen in den vorderen Siebbeinzellen, die durch eine Lücke im vorderen

Teil der Lamina cribrosa mittels eines dünnen Stranges mit der Unterfläche des Hirns zusammenhing; es handelt sich wahrscheinlich um angeborene Encephalocele des Siebbeins. (Demonstration des Präparates.)

Killian hat in drei Fällen von Rhinorrhoe feststellen können, dass der Ausfluss aus dem Siebbeingebiet erfolgte. Der eine Fall entwickelte sich im Anschluss an eine gut geheilte Radikaloperation der Stirnhöhle und des Siebbeins nach einem Jahr.

Killian: Fibrom des Nasenrachens bei einem Soldaten von 23 Jahren.

Bogenschnitt wie bei der Radikaloperation der Stirnhöhle, dann quer durch die Levatorfalte zur Nasenwangenfurche und Mitte der Oberlippe. Lappen zurückpräpariert. Knochen von der Apertura pyriformis bis zum Canalis infraorbitalis reseziert mitsamt dem Processus frontalis. Ductus nasolacrymalis durchtrennt. Resektion der Siebbeinzellen bis an die Keilbeinhöhle. So kommt man über die Basis des Fibroms. Der Tumor ist leicht zugänglich und kann gründlich entfernt werden. Blutstillung durch Tamponade. Der Fall ist glatt geheilt.

Halle berichtet über vier Fälle von Hirnabszess.

In zwei Fällen handelte es sich um Schussverletzungen, die durch den Schädel von der einen Seite her hindurchgegangen waren, das eine Auge war in beiden Fällen zerstört, es bestand eine Eiterung in der dem Einschuss entgegengesetzten Stirnhöhle. Beide Fälle waren operiert und längere Zeit behandelt worden und wurden in früheren Sitzungen vorgestellt; beide eiterten damals noch. Sie sind inzwischen zugrunde gegangen.

In einem dritten Falle handelte es sich um eine geheilte Kopfverletzung; das rechte Auge fehlte, die rechte Kieferhöhle war erkrankt. Operation der Kieferhöhle brachte vorübergehende Erleichterung. Dann klagte Patient wieder über Kopfschmerzen. In der Gegend der Narbe am rechten medialen Augenwinkel fand sich ein Granatsplitterchen, das entfernt wurde. Danach vorübergehende Temperatursteigerung. Es wurde dann der vorhandenen Narbe folgend entsprechend dem Schnitt bei Stirnhöhlenoperation breit eröffnet. Dabei zeigte sich, dass das Orbitaldach völlig fehlte. Die Dura wölbte sich in die Orbita hinein; sie pulsierte nicht. Punktion ergab einen Abszess, der entlang der Orbita nach hinten und oben in das Stirnhirn ging. Nach Entleerung des Abszesses ging es eine Zeitlang leidlich, dann erfolgte Durchbruch in den Ventrikel und Patient ging zugrunde.

In einem vierten Falle handelte es sich um einen Orbitalabszess vom erkrankten Siebbein ausgehend. Bei Operation der linken Stirnhöhle fand sich ein kolossaler Sequester, der die Kortikalis, die äussere Wand der Stirnhöhle, das Tränenbein und einen grossen Teil des Siebbeins umfasste. Die Stirnhöhle ging bis zum Optikus, das Septum interfrontale war durchbrochen und auch die rechte Stirnhöhle, die sich bis zum Proc. zygomaticus erstreckte, war erkrankt. Die schliesslich freigelegte Höhle umfasste die beiden sehr grossen Stirnhöhlen, beide Siebbeine und die linke Keilbeinhöhle. Patient hatte sich mit diesen

Untersuchung zeigte sich, dass die Zunge unbeweglich im Mu
runzelig, die beiden Seiten an Volumen ziemlich gleich. D
nähernd in der Mittellinie, Sensibilität und Geschmack sind vo
partielle Entartungsreaktion, rechts mehr als links. Patie
nicht herunterschlucken; er muss sie mit dem Finger nach
besteht Salivation. Von den Vokalen werden a, o und u
i klingt wie e. Die Diphthonge und Umlaute sind vorb
nanten werden die Laute des ersten Artikulationsge
zweiten Artikulationsgebiet sind die s-Laute unklar, d
gebietes, also g, k, ch werden gar nicht gebildet. Es
seitige periphere Lähmung des Hypoglossus, eine s
leichte Parese des Astes des Glossopharyngeus, d
versorgt.

Man hat dem Patienten bei der Artikulatio
man die Laute des dritten Artikulationsgeb
harten Gaumen, sondern vom Zungengrund v

Gutzmann hat gute Sprache auch b
ausgenommen wurde, erreicht. Schon Ni
ständigem Fehlen der Zunge beschrieben,
Zunge ist nicht so notwendig zum Sprech
liche Identifizierung von Zunge und Sp

Ritter: Fall von Liquorab
ningitis infolge von Encephalo

39jähriger Mann litt an wässr
schmerz. An einem Tage will er
ihm in der Nase etwas platze, in
Flüssigkeit aus der Nase gelaufe
dem besteht der Ausfluss in v
leicht getrübt, etwas opaleszie
meningitischen Erscheinunger
816 mm. Liquor getrübt, Pr
wurde die Diagnose auf Me
Exazerbation aus unbekanr
Dura des Schläfenlappen
zisionen gemacht und
schoben. Da nach ku
um einen dauernden
ganz kleine Trepan
schnitten und mit
Schädelraum einge
Monate später e
sehen von eitri
Ganglienzellen

...antwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

September 1916. No. 9.

Centralblatt

...logie

...Brady (Sydney), ...ssburg), O. T. Freer ... (Haarlem), Gontier ... H. Hecht (München), ..., Ino Kubo (Fukuoka), ..., Nadoleczny (München), ..., O. Seifert (Würzburg), ...owski (Warschau), E. Stangen- ... (Prag), Tapia (Madrid)

...sgegeben

von

...RG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
...sse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
... des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) 15 Mark.

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

schweren Veränderungen bis zuletzt leidlich wohlgefühlt und gearbeitet. Da im weiteren Verlauf Erscheinungen auftraten, die auf ein Weiterschreiten des Prozesses nach der Tiefe zu schliessen liessen, so wurde die Wunde kontrolliert; bei Verlängerung des Schnittes nach links fand sich noch ein Sequester, darunter kranker Knochen, der bis auf die Dura ging; diese war im Umfang von einer Mark mit Granulationen bedeckt; man kam hier auf einen wallnussgrossen Abszess. Die Prognose ist ziemlich ungünstig.

Gutzmann.

III. Briefkasten.

Der Pariser Laryngologe Dr. Francis Furet ist gestorben. Von ihm stammen eine grosse Anzahl kasuistischer Beiträge, die zumeist in den Verhandlungen der Société française de Laryngologie veröffentlicht sind.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. September 1916. No. 9.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, September. 1916. No. 9.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Selter** (Leipzig). **Infektionsversuche mit kleinen Tuberkelbazillenmengen, mit besonderer Berücksichtigung des Inhalationsweges.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 20. S. 593. 1916.*

Schon vereinzelte Bazillen können von der Haut oder der Lunge aus gelegentlich schwere fortschreitende Tuberkulose beim Meerschweinchen erzeugen. Aeltere Kulturen wirken wie wenige Bazillen oder noch schwächer. Gewöhnlich werden auf diese Weise nur örtliche Herde erzeugt, aber nicht immer an den Eingangspforten, die anscheinend ausheilen. Frühzeitig und regelmässig bemerkt man eine Milzschwellung, ein Zeichen, dass zuerst das Blut infiziert wird. Von hier aus erfolgt vielleicht die Infektion der Lunge. Die Lymphdrüsen können dabei anscheinend übergangen werden. Möglicherweise werden die Bazillen gleich nach der Infektion von den Leukozyten aufgenommen und gelangen entweder direkt oder durch die Lymphdrüsen hindurch ins Blut.

Die Infektion durch die Einatmung ist fast genau so empfindlich wie die von der Haut aus.

R. HOFFMANN.

2) **A. Solger**. **Beitrag zur Kenntnis der histologischen Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 137.*

Verf. hat in einer Anzahl von Fällen die histologischen Differenzierungspunkte zwischen Syphilis und Tuberkulose studiert und dabei sein Hauptaugenmerk auf die Gefässveränderungen gerichtet. Alle Präparate wurden mittels der Weigert'schen Elastikafärbung untersucht. Ergab sich das Bild der durch Granulationsgewebe obliterierten Gefässe, dann wurde stets durch die Wassermannreaktion oder bei zweifelhaftem und negativem Ausfall derselben durch antisyphilitische Kur die Diagnose Syphilis bestätigt. Häufig genug jedoch fehlten auch bei sicherer Syphilis die Gefässveränderungen, so dass Verf. zu dem Schluss kommt, dass aus der Probeexzision allein oft die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden kann.

FINDER.

3) **Blümel** (Halle, Saale). **Der augenblickliche Stand von Diagnose und Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege.** *Internat. Centralbl. f. die gesamte Tuberkuloseforschung. No. 9. 1915.*

Als Medikamente kommen in Betracht: 5—10proz. Lösungen von Menthol-, oder Koryfin-, oder Fichtennadel-, oder Terpentin-, oder Eukalyptusöl. Ebenso Zerstäubungen mit dem Spiess'schen Vernebler, die mit den genannten Oelen in Paraff. liquid. durchgeführt werden. Statt der Einspritzungen mit Mentholöl bei leichten Infiltraten verwendet Verf. 20proz. Korifinöl (Koryfin-Aethylglykolsäureyester des Menthols). Das Koryfin ist weniger reizend und von längerer Wirkung. Sieht man nach einiger Zeit bei dieser Behandlung keine Besserung, so kommen operative Behandlungen in Frage. FINDER.

4) **Nelly Benstz** (Amsterdam). **Erfahrungen bei Keuchhusten. (Waarnemingen by kuikhoest.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. S. 153. 1916.*

Immer wurde eine Leukozytose gefunden, welche sehr stark wurde bei Lungenkomplikationen, ebenfalls Lymphozytose, am stärksten, wenn die Krankheit am schlimmsten ist. Man findet dahingegen Verminderung der Anzahl eosinophiler Zellen, es treten jedoch mehr „Uebergangsformen" auf, im Stadium convulsivum sogar bis 18 Proz. Die Verfasserin berichtet ferner über Erfahrungen mit den gebräuchlichen therapeutischen Mitteln. Unwirksam waren: Adrenalin, Sauerstoffeinatmung, das Verdampfen von Cypressenöl, Pertussin, heisse Bäder. Besser waren: Morphin, Dionin, Opium, Droserine. Gut waren: Bromoform, Antipyrin, Extractum Belladonnae, Pinselung mit Höllensteinlösung, Antitussin. Am besten sind jedoch: Codein. phosph. (10—30 mg pro Tag), besonders das Erbrechen hört auf und die Dauer des Stadium convulsivum wird abgekürzt. Ferner Chinin. sulf. (100 mg oder mehr, je nach dem Alter, 2mal täglich) und Bromkalium.

VAN GILSE.

5) **A. Krojweld** (Amsterdam). **Keuchhustenbehandlung. (Kuikhoestbehandeling.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. S. 260. 1916.*

Mitteilung günstiger Erfahrungen mit Sirupus Thymi und Eulatin (eine Mischung von Antipyrin- und Bromverbindungen). VAN GILSE.

6) **Ingeborg Jacobsen** und **Adolph Meyer. Untersuchungen über den Keuchhustenbazillus (Bordet-Gengou'schen Bazillus).** *Archiv f. Kinderheilk. Bd. 64. H. 5/6. 1915.*

Komplementbindung des Menschenserum mit dem Bordet-Gengou'schen Bazillus als Antigen macht es sehr wahrscheinlich, dass das betreffende Individuum Keuchhusten hat oder kürzlich hatte. Ausbleiben der Reaktion spricht nicht absolut dagegen, da die Komplementbindung erst in der 3.—4. Woche einzutreten scheint und nach Verlauf weniger Monate, in einigen Fällen noch schneller, verschwindet, in seltenen Fällen sogar ganz ausbleiben kann. FINDER.

7) **Fritz Ris** (Saanen). **Beitrag zur Kenntnis des chronischen Rotzes beim Menschen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. S. 297. 1914.*

Interessante, durch $2^1/_2$ Jahre fortgesetzte Beobachtung an einem Tierarzte, der sich bei einer Sektion eines rotzkranken Pferdes infiziert hatte.

Die Befunde an Nase, Rachen und Kehlkopf wurden zu verschiedenen Zeiten von Mahu (Paris), Valentin und Lindt (Bern) erhoben und sind in der Arbeit ausführlich beschrieben.

Röntgentherapie hatte entschieden lokale Erfolge, Salvarsan zweifelhafte, Hg und Kollargol gar keine. Der Patient ging nach schweren septischen Fiebern später an akuter Nephritis zu Grunde.

DREYFUSS.

8) **Emil Mayer** (New York). **Die frühzeitige Erkennung des Krebses der oberen Luftwege. (The early recognition of cancer of the upper air passages.)** *Amer. journ. of surgery. Juli 1915.*

Der Schluss dieses äusserst kurz gehaltenen Artikels ist: Die frühe Diagnose des Karzinoms der oberen Luftwege ist von der grössten Wichtigkeit, da in vielen Fällen so nicht nur Leiden gemindert werden können, sondern auch vollständige Heilung erzielt werden kann. Verf. erwähnt 2 Fälle von Karzinom, von denen der eine früher veröffentlicht wurde (Krebs der Epiglottis, Entfernung der letzteren — Rezidivfrei seit 2 Jahren). Der zweite Fall war Karzinom der Bronchien.

FREUDENTHAL.

9) **Lehndorff** (Prag). **Ueber Exanthem bei Fleckfieber.** *Centralbl. f. innere Med. No. 29. 1916.*

Unter 49 sicheren Fällen von Fleckfieber konnte bei 6 Fällen ein wohlcharakteristisches Exanthem im Bereiche des hinteren Teiles des harten Gaumens, der Uvula und der Gaumenbögen festgestellt werden. Es fanden sich multiple, über linsengrosse, häufig länglich geformte, zackig begrenzte Erythemfleckchen von bläulichroter Farbe, in der Mitte dieser Fleckchen ein kleiner schwärzlichblauer Fleck (Hämorrhagie? Der Ref.). Dieses Schleimhautexanthem war ungefähr am 8. Krankheitstage am deutlichsten ausgebildet.

SEIFERT.

10) **Lipschütz** (Wien). **Die klinischen Merkmale des Fleckfieberexanthems.** *Dermat. Wochenschr. No. 28. 1916.*

Die für Fleckfieber charakteristischen Exantheme müssen von gewissen akzessorischen Alterationen getrennt werden, zu denen vornehmlich die Veränderungen der Zungenschleimhaut gehören. Wichtiger sind Veränderungen, die am weichen Gaumen und an der Uvula, am hinteren Anteil des harten Gaumens, seltener auf den vorderen Gaumenbögen oder auf den Tonsillen sitzen: Baumförmige Injektion, untermischt mit stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrossen, lebhaft dunkelroten Hämorrhagien, in vereinzelten Fällen fleckiges, netzförmig angeordnetes, düsterrotes Exanthem des weichen Gaumens mit eingesprengten punktförmigen Hämorrhagien. Sämtliche Exanthemformen sind in der Regel während der Akme der Entwicklung des Exanthems am deutlichsten zu sehen.

SEIFERT.

11) **O. Kahler** und **Karl Amersbach. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie im ersten Kriegsjahre.** Mit 1 Tafel. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 111.*

In vorliegender Arbeit werden die kriegschirurgischen Erfahrungen des ersten Kriegsjahres auf dem Gebiete der Laryngologie und Rhinologie aus der

Freiburger Klinik mitgeteilt. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass in manchen Fällen, welche zur Beobachtung gelangten, durch eine sofort eingeleitete spezialärztliche Behandlung ein wesentlich günstigeres Resultat hätte erzielt werden können und dass namentlich bei Nasenschüssen, welche frisch in Behandlung kommen, Synechiebildung wohl hätte vermieden werden können. Es werden einzelne Fälle besonders mitgeteilt, auch von Verletzungen der Nebenhöhlen, der Oberkiefer und Stirnhöhle und von Verwundungen des Pharynx, Larynx und Oesophagus. Unter 98 Schussverletzungen des Halses waren von Seiten des Kehlkopfes in 24 Fällen Erscheinungen nachweisbar.

B. BAGINSKY.

b) Nase und Nasenrachenraum.

12) **Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde des 19. Jahrhunderts** (Forts.). *Zeitschrift f. Laryng. Bd. 8. H. 1. 1916.*

F. L. Meissner (1796—1860), Professor der Geburtshülfe in Leipzig, bespricht in seinem Buch „Ueber die Polypen in den verschiedenen Höhlen des menschlichen Körpers, nebst einer kurzen Geschichte der Instrumente und Operationsarten (Leipzig 1820)", auch die Nasenpolypen, deren Entstehung er auf eine Verstopfung der Schleimhautdrüsen zurückführt. Unter den Symptomen werden Auftreibung der Nase, Mundatmung, Erstickungsanfälle, Verminderung der Speichelsekretion und dadurch Austrocknung in Mundhöhle und Rachen, erschwertes Schlingen, Disposition zu Magenaffektionen erwähnt. Als weitere Folge der Nasenpolypen nennt er die Behinderung im Tränenabfluss, die Konjunktivitis und die Tränenfisteln. Die Polyposis könne manchmal auch zu Vereiterung und Knochenfrass, bisweilen auch zu Brand und Tod führen.

Der Hallenser Anatom und Chirurg Joh. Friederich Meckel, 1781—1833, spricht über die „Schwammbildung" in der Schleimhaut der Nase, ferner auch der Oberkieferhöhle. Durch die Schwammbildung in der Highmorshöhle komme es manchmal zu Knochendefekt, Schwellung der Lymphdrüsen, Uebergreifen auf die Haut und Ausfliessen einer übelriechenden mit Blut vermischten Jauche. Unter den Entwicklungshemmungen der Nase werden vollständiges Fehlen, Fehlen der Nasenbeine, Verschluss der Nasenlöcher, Choanalverschluss, Fehlen der Riechnerven bei unvollkommener Entwicklung der Nase, Fehlen der einen oder anderen Nebenhöhlen aufgezählt.

Der Berliner Regimentsarzt Schilling (Berlin 1821) gibt die erste genaue Schilderung eines Falles von Rotz der Nase bei einem 34 Jahre alten Gardeartilleristen, der an einer Tierarzneischule rotzkranke Pferde zu besorgen hatte.

K. Bell, der ebenfalls die Lehrfächer der Anatomie und Chirurgie gleichzeitig vertrat, schreibt an Hand von Tierexperimenten und Experimenten am kranken Menschen dem Fazialis einen grossen Einfluss auf den Geruch zu.

Höfling in Fulda 1834 schreibt über die diagnostische Verwertung der äusseren Nasenform; er glaubt, dass Form und Farbe der äusseren Nase bei bestimmten Körperleiden sich in dieser oder jener Weise, die er genauer beschreibt, äussere.

Hoffacker (Med. Annal. 1836) bespricht eine Nasenverletzung, bei welcher ein 25 Minuten vom Körper entfernt gewesenes Stück der Nase wieder anheilte.

Hartmann, Kreischirurg in Langensalza, brauchte in einem schweren Falle von Nasenbluten mit gutem Erfolge das alte Mittel, kalte Umschläge auf die Genitalien aufzulegen.

Ch. W. Hufeland 1762—1832, Professor in Jena und später in Berlin, betrachtet als die häufigste Ursache des Nasenblutens die Vollblütigkeit. Man solle deshalb das Nasenbluten nur in ganz schweren Fällen örtlich zu unterdrücken suchen; sonst würde bei plötzlicher Unterdrückung der Blutung nicht selten Blindheit, Taubheit, Hirnentzündung entstehen. Als Therapie empfiehlt er kalte Umschläge auf die Stirn und auf die Genitalien, Einspritzen von Weinessig, Alaunauflösung, Eisenvitriol, Einlegen von mit Alaun befeuchteten Scharpiekügelchen in die Nase, Kauen von einem Stück Löschpapier; im übrigen Behandlung der Grundursache.

Adelmann, Professor der Chirurgie und Augenheilkunde in Dorpat, verlangt in seiner Abhandlung „Untersuchungen über krankhafte Zustände der Oberkieferhöhle 1844", dass bei jeder Eröffnung der Oberkieferhöhle ein kleines Stück der Geschwulst mikroskopisch untersucht werde. Zur Eröffnung der Kieferhöhle erwähnt er die 1697 von Cowper angegebene Methode, die dann in den folgenden Jahrzehnten von verschiedener Seite wieder als etwas ganz neues empfohlen wurde, die Methode nach Desault (von der Fossa canina aus), nach Gooch (Durchbohrung der nasalen Wand der Kieferhöhle) und nach Callisen (Durchbohrung des Gaumenfortsatzes des Kieferknochens). Die Arbeit von Adelmann enthält reichlich Literaturangaben. Bei den Neubildungen der Kieferhöhle wird auch der Methode gedacht, ein Haarseil durch die Kieferhöhle zu führen, indem die Wange von der vorderen Wand abgetrennt und mit einer Wollsteinschen Nadel hier der Einstich und im harten Gaumen der Ausstich gemacht wird. Auch diese Methode hatte ihre Gegner. Bei Ozaena rät Adelmann zur Verdampfung alterierender und adstringierender Mittel am bequemsten in Form der medizinischen Zigarren, indem vom Pharynx aus der Rauch von hinten nach vorn durch die Nase geblasen wird; bei syphilitischer Ozaena empfiehlt er die schon lange im Gebrauch stehenden Zigarren mit rotem Präzipitat und bei der auf skrofulöser oder sonst dyskrasischer Grundlage beruhenden chronischen Rhinitis Jodzigarren.

J. F. Dieffenbach, Professor der Chirurgie in Berlin 1794—1874, entfernte die Fremdkörper der Nasenhöhle mit der Sonde oder Polypenzange. Wenn man an den mimischen Verzerrungen des Gesichtes sieht, dass ein Niesanfall sich einstellt, so solle man schnell das entgegengesetzte Nasenloch zuhalten; es würde dann oft der Fremdkörper durch den starken Luftstrom und die Erschütterung herausgeworfen. In demselben Sinne günstig wirkt nicht selten eine Prise Tabak. Die Blutung aus der Nase nach Ausräumen oder Abschneiden von Nasenpolypen stillt er durch Einspritzung von kaltem Wasser. Bei derben Polypen, die sich als faustgrosse Auswüchse darstellen, besteht bei der Operation die Gefahr der Verblutung. Bei Schiefheit der Nase empfiehlt D. die Korrektion durch subkutane Knorpeldurchschneidung; die Methode wird beschrieben.

Demarquay 1859 spaltete bei einer durch Faustschlag schiefgestellten Nase den Nasenrücken in der Medianlinie bis zur Oberlippe, löste die Schleimhaut des Knorpels ab und entfernte diesen durch Schnitt und Chassaignac beschreibt 1869 eine subperiostale Resektion der Nasenscheidewand, um dadurch die Blutung zu vermindern und die offene Verbindung der beiden Nasenhälften zu verhindern.

In Weikart's „Medizinisches praktisches Handbuch 1802" findet sich die Auffassung vertreten, dass schwere Nasenblutung durch „Biersaufen", reichliches Trinken von Wein und Branntwein gestillt werden könne. Beispiele solch glücklicher und für den Patienten jedenfalls ganz angenehm und leicht konsequent durchzuführender Behandlung werden aufgezählt. Auch Spiritus vini einschnaufen sei ein ganz zweckmässiges Mittel.

Lebert, Professor in Zürich und dann in Breslau, berichtet in seinem Handbuch der praktischen Medizin, Tübingen 1871, auch über die Krankheiten der Nasen-, Stirn- und Kieferhöhlen. Dass der Schnupfen ansteckend sei, hält er für nicht erwiesen. Akute Rhinitis stellt sich nicht selten im Anfang einer Jodkur ein. Als Therapie des akuten Schnupfens verordnet er häufige Inhalation einer Mischung von 2 Teilen Kölnerwasser und 1 Teil Ammonium causticum solutum. In dem Kapitel über Parasiten in der Nasenhöhle stützt er sich auf eine Angabe von Lahory 1856, dass bei den Einwohnern der westlichen Provinzen Ostindiens in der Nasenhöhle nicht selten lebende Würmer, wahrscheinlich Dipterenlarven, sich ansiedeln und manchmal durch die schwere Rhinitis mit Nekrose und durch das Uebergreifen auf die Schädelknochen zu Meningitis und Exitus führen. Bei Einspritzungen von Terpentinöl oder eines Tabakaufgusses in die Nasenhöhle würden oft eine grosse Zahl dieser Würmer abgehen. Dass der Krebs des Oberkiefers von dem Kieferhöhleninnern ausgeht, hat L. trotz vieler Präparate nie gesehen.

Hoppe 1850, bespricht die Behandlung der Verengung der Nase. Bei den leichteren Verengungen führt er Hornstäbchen oder fein polierte Holzzylinder bis über die Choanen ein, wechselt dieselben zweimal täglich und jede Woche sucht er dickeres Kaliber einzuführen. Bei stärkerer Verengung empfiehlt er Operation mit der Zange. Verengungen durch Exostosen und Ekchondrosen sind nach Spalten der Nase abzutragen.

C. Emmert, Med. Professor in Bern, gibt in seinem „Lehrbuch der Chirurgie 1853" die Krankengeschichte eines Falles von angeborenem Choanalverschluss bei 7 Jahre altem Knaben, der mit Erfolg operiert wurde.

N. Pirogoff, Prof. der Chirurgie in Petersburg (Klinische Chirurgie 1854), führt bei der Entfernung der Nasenpolypen den Finger in den Nasenrachen ein, um so die Polypen der in die Nasenhöhle eingeführten Zange entgegenzudrängen. Er entfernt dann auch die Schleimhaut und das Periost der Muscheln, aus welchen die Polypen hervorwuchern: „keiner seiner vielen Patienten sei je mit einem Rezidiv wieder erschienen".

Middeldorpf (die Galvanokaustik Breslau 1854) wünscht, dass die Galvanokaustik bei Behandlung der Nasenerkrankungen Eingang finde.

Kussmaul 1865 weist auf die Nachteile des Säuglingsschnupfens hin (Schlafbehinderung, Ernährungsschwierigkeit) und empfiehlt bei schweren Fällen Ernährung mit Katheter.

C. A. Wunderlich 1815—1878, Professor in Tübingen und Leipzig, beschäftigt sich in seinen Werken oft mit Themata rhin. Inhaltes (Nasenblutung, akute und chronische Rhinitis, epidemischer Schnupfen, Ozaena, Affektionen des Olfaktorius).

Wie weit um die Mitte des 19. Jahrhunderts die Nasenheilkunde entwickelt war, ist aus der zusammenfassenden Arbeit von Friedreich „die Krankheiten der Nasenhöhle" ersichtlich. Einen Abschnitt widmet er den Untersuchungsmethoden (Ueberbeugen des Kopfes nach hinten, Untersuchung mit Spekulum, Palpation mit Sonde oder geöltem Finger). Wie schon vor ihm viele Autoren, bespricht auch er mit Vorliebe die Ursachen und Therapie der Nasenblutung. Unter den ätiologischen Momenten der Epistaxis erwähnt er das Besteigen hoher Berge; so soll Humboldt auf dem Vulkan von Antisanna aus Lippen, Augen und Nase geblutet haben und über ähnliche Beobachtung berichtet auch Saussure bei Besteigen des Montblanc. Eingehend besprochen werden auch die verschiedenen Formen der katarrhalischen und ulzerösen Rhinitis, der Septumabszess und die Neubildungen der Nase. In dem Abschnitt über Rhinolithen wird darauf aufmerksam gemacht, dass dieselben ausnahmsweise auch in den Kiefer- und Stirnhöhlen vorkommen können.

Wie aus obigem Referat hervorgeht, hat Kassel in verdienstvoller Weise auch für diesen Abschnitt seiner Geschichte der Nasenheilkunde das Material mit grossem Zeitaufwand und viel Sachkenntnis zusammengetragen. OPPIKOFER.

13) **P. J. Mink** (Utrecht). **Die Rolle des kavernösen Gewebes in der Nase.** *Archiv f. Laryng. f. Rhinol. Bd. 30. H. 1. S. 47.*

Einleitend bespricht Verf. die allgemein bestehenden Ansichten über die Funktion der Schwellkörper, deren wesentlichste Aufgabe darin besteht, die inspirierte Atemluft zu erwärmen, eine Ansicht, gegen welche sich verschiedene Einwände erheben lassen, ganz besonders der, dass der Schwellkörper der unteren Muschel schon wegen seiner Lage diesem Zwecke höchst mangelhaft entsprechen kann. Ausgehend von früheren Betrachtungen über die Art der Luftströmung in der Nase, der inspiratorischen und der exspiratorischen, will Mink auch das kavernöse Gewebe der Nase in zwei Partien, eine inspiratorische und exspiratorische geteilt sehen; die inspiratorische Partie umfasst das Schwellgewebe an der mittleren Muschel, am hinteren Ende der oberen und am Tuberculum septi; die exspiratorische Partie wird gebildet durch den Schwellkörper am vorderen, unteren und namentlich auch am hinteren Ende der unteren Muschel. Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen Aschenbrandt's, Sieur et Jacob's u. a. glaubt Mink, dass im allgemeinen der Schwellungszustand des kavernösen Gewebes in der Nase sich der Reizung der inspirierten Luft anpasst und dass eine entsprechende Anschwellung auf eine stärkere Reizung folgt. Diese Anpassung könnte man sich als reflektorische Lähmung der glatten Muskulatur in den Wänden der kavernösen Räume durch Vermittelung des Ganglion sphenopalatinum vorstellen unter gleichzeitiger Wirkung des Blutdrucks. Bei der Bedeutung dieses Organs muss auch, wie Mink besonders hervorhebt, in pathologischen Fällen die Therapie vorsichtig geleitet werden, es muss besonders vor hochgradigen Eingriffen und Zerstörungen der Schwellkörper dringend gewarnt werden.

B. BAGINSKY.

14) **Rhese. Zur Frage der Rhinitis sicca postoperativa und deren Verhütung, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Verhütung rhinogener postoperativer Hirnkomplikationen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 82.*

Bei der Entstehung der Rhinitis sicca postoperativa nach der Siebbein-Keilbeinhöhlenoperation kommen folgende Ursachen in Frage: Erweiterung der räumlichen Verhältnisse des Naseninnern; unzulängliche Schleimhautschonung; zu früh abgebrochene Nachbehandlung; konstitutionelle Faktoren. Zu ihrer Verhütung empfiehlt R.: Vermeidung einer Erweiterung der räumlichen Verhältnisse des Naseninnern durch Erhaltung möglichst der ganzen mittleren Muschel, von der nur krankhaft veränderte Teile zu entfernen sind; möglichste Schleimhautschonung; genügend lange, den Verhältnissen besonders angepasste Nachbehandlung; Berücksichtigung konstitutioneller Ursachen durch entsprechende Allgemeinbehandlung. Die Erhaltung der mittleren Muschel und ihrer medialen Schleimhautbekleidung ist auch von Wichtigkeit für die Verhütung postoperativer Hirnkomplikationen.

FINDER.

15) **Stern** (Bad Reinerz). **Zur Behandlung der Rhinitis sicca anterior.** *Therapie der Gegenwart. März 1915.*

Verf. verwendet seit vielen Jahren mit vorzüglichem Erfolg eine 5—10 proz. Europhen-Lanolinsalbe. Schon nach kurzer Zeit bekommt die Schleimhaut normale Farbe und Sukkulenz, die trockene Borkenbildung, das leichte Rissigwerden der Schleimhaut, das Veranlassung zu Blutungen gibt, werden aufgehoben.

FINDER.

16) **P. M. Lichtenstein. Septumperforationen bei habituellem Gebrauch von Narkoticis.** *New York med. journ. No. 11. 1915.*

L. hat in seiner Eigenschaft als Gefängnisarzt sehr häufig mit Gefangenen zu tun gehabt, die gewohnheitsmässig längere Zeit Kokain oder Heroin schnupften. Bei mehr als der Hälfte konstatierte er Ernährungsstörungen der Nasenschleimhaut, die sich schliesslich als Geschwürsbildungen, besonders am Septum manifestieren und zu grossen Perforationen desselben führen können. FREUDENTHAL.

17) **Walb. Ueber zystoide Entartung am Tuberculum septi narium.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 71. S. 296.*

Es kann sich sowohl um zystoide Entartung des polypösen Gewebes als auch um Zysten handeln. Der Inhalt der meist breitbasig aufsitzenden Geschwulst pflegt dünnflüssig zu sein. Manchmal sind Traumen das auslösende Moment. Um die sehr häufigen Rezidive zu vermeiden, empfiehlt es sich, ein Stück des knorpeligen Septums mit zu exzidieren.

KOTZ.

18) **Runge. Nasenlues.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 4. April 1916. *Klin. Wochenschr. No. 20. S. 551. 1916.*

Der Patient trat mit der Diagnose Lupus in Behandlung. Zerstörung der knorpligen Scheidewand, der mittleren und unteren Muscheln, speckig belegtes Geschwür der Schleimhaut. Wassermann +++. Auf dem Geschwür fanden sich Blastomyzeten, die sich fast nur auf dem Boden der Lues ansiedeln (Plaut).

R. HOFFMANN.

19) **Joseph Coleman. Nasentuberkulose. (Nasal tuberculosis.)** *Medical Record. 23. Januar 1915.*

Bericht über einen Fall. Im Anschluss daran weist Verf. auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass die Infektion durch die Fingernägel erfolgt. Untersuchung des unter den Fingernägeln einer Anzahl Tuberkulöser entfernten Materials hat die Anwesenheit von Tuberkelbazillen ergeben. Die lokale Behandlung besteht in gründlicher Aetzung mit Acid. nitric., sorgfältiger Reinigung der Nase mit Wasserstoffsuperoxyd und Verhütung von Borkenbildung durch Anwendung von Salbe. Auch Röntgenbehandlung ist zu versuchen. EMIL MAYER.

20) **Harry A. Schatz. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *New York med. journ. 2. Januar 1915.*

Solange die Erkrankung sich nur auf die Nasenhöhle beschränkt, kann man sie leicht mit kleinen oder mässigen Antitoxindosen zur Heilung bringen. Hat sie sich aber erst auf die Fauces ausgebreitet so wird die Prognose wesentlich ernster.

EMIL MAYER.

21) **Schmidt-Hackenberg. Primäre Nasendiphtherie bei Kindern.** Berliner otol. Ges., Sitzung v. 24. April 1914. *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. S. 1534. 1914.*

Hartnäckiger Ausfluss aus der Nase bei wenig veränderter Schleimhaut und intakten Nebenhöhlen führt makroskopisch zur Diagnose, die durch bakteriologische Methodik gesichert wird. Jeder operative Eingriff ist kontraindiziert. Therapie Heilserum (intravenös oder intramuskulös). R. HOFFMANN.

22) **K. Menzel** (Mostar). **Zahnwurzel vom unteren Nasengang entfernt.** *Der Militärarzt. 50. Jahrg. No. 5. Beil. d. Wiener med. Wochenschr. 1916. No. 8.*

Im Anschluss an die Extraktion eines Molaris war eine Kieferhöhleneiterung aufgetreten. Bei Eröffnung dieser vom unteren Nasengang aus wurde als Ursache der Eiterung eine Zahnwurzel gefunden und extrahiert. O. CHIARI.

23) **Ladislaus Onodi. Ueber die rhinogenen und otogenen Läsionen des Okulomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abduzens.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 1.*

Besprechung der rhinogenen und otogenen Läsionen der Augennerven an der Hand einiger Präparate, die in der Belgischen Gesellschaft für Otologie, Rhinologie und Laryngologie vorgelegt wurden. (Ref. Centralbl., 1913, S. 127.)

FINDER.

24) **Rau** (Santa Maria). **Ein Fall von einseitiger Neuritis optica im Gefolge von chronischer Kieferhöhleneiterung.** *Centralbl. f. prakt. Augenheilk. März 1914.*

Prompte Heilung der Neuritis nach Luc-Caldwell'scher Operation.

DREYFUSS.

25) **Rosenthal. Ein Fall von Stauungspapille bei der Erkrankung der Nasennebenhöhlen.** Ges. d. Augenärzte in Moskau, Sitzung v. 26. März 1914. *Zeitschrift f. Augenheilk. Bd. 31. S. 549. 1914.*

Orbitale Eröffnung der Siebbeinzellen ergab ein Spindelzellensarkom.

DREYFUSS.

26) **A. de Kleijn** und **N. Gerlach. Pathologisch-anatomisches über den Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenleiden.** *Archiv f. Ophthalm. Bd. 87. S. 157. 1914.*

Hühnereigrosses Fibroendotheliom in der linken vorderen Schädelgrube. Der Tumor hatte das Os sphenoidale bei der Ala magna angegriffen und erstreckte sich bis zum Foramen opticum. Der Sinus sphenoidalis ist frei, die hinteren Ethmoidalzellen (operativ) eröffnet. DREYFUSS.

27) **H. Kuhnt** (Bonn). **Mukocele der Stirnhöhle und des Siebbeinlabyrinths mit plötzlichem hochgradigen Exophthalmus.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 33. 1915.*

Fall auf traumatischer Basis. Kuhnt'sche Stirnhöhlenoperation. Heilung nach langer Behandlungsdauer. DREYFUSS.

28) **T. Frieberg** (Stockholm). **Ueber die West'sche intranasale Tränensackoperation.** Mit 3 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. u. Rhin. Bd. 30. H. 1. S. 76.*

Verf. teilt die Resultate mit, welche er bei einer Nachuntersuchung von 39 Fällen von Dakryozystitiden und Stenosen in den Tränenwegen, operiert nach der West'schen intranasalen Methode gewonnen hat. Von katarrhalischen Dakryozystitiden sind 16 Fälle mit gutem Erfolge geheilt. 3 Rezidive traten ein, von phlegmonösen Dakryozystitiden sind 11 Fälle mit gutem Effekt behandelt, vier Rezidive und 1 unsicherer Effekt; es zeigen also die phlegmonösen Dakryozystitiden eine etwas schlechtere Prognose, worauf auch schon West hingewiesen hat. Die Ursache hierfür liegt nach West in einer Beschädigung der Ausmündung des Kanals bei Inzisionen und in späterer sekundärer Stenose der Kanalmündung, nach Frieberg in einer Stagnation der Tränenflüssigkeit im Konjunktivalsack, herbeigeführt durch eine verminderte Verschiebbarkeit der Haut über dem Tränensack. Zum Schluss folgen noch einige Bemerkungen über die Technik der Operation: im wesentlichen schliesst er sich West an, modifiziert das Instrumentarium unter Angabe dreier Instrumente. B. BAGINSKY.

29) **J. M. West. Resultate der intranasalen Eröffnung des Tränensackes in Fällen von Dakryostenose (Erfahrung an 400 Operierten).** Mit 15 Textfiguren. *Archiv. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 30. H. 2. S. 215.*

West berichtet von seinen in Berlin ausgeführten intranasalen Tränensackoperationen, welche er genau kontrollieren konnte, und veröffentlicht eine Reihe dauernd geheilter Fälle von all den verschiedenen Krankheitsfällen der Dakryostenose mit einer Anzahl Abbildungen, um zu zeigen, was man mit der intranasalen Tränensackoperation erzielen kann, wenn die Operation indiziert ist und technisch richtig ausgeführt wird. Nach den Erfahrungen bei 455 Operationen kann man bei richtiger Indikationsstellung in über 90 pCt. der Fälle dauernde Heilung erzielen, d. h. Resultate, in denen eine dauernde Verbindung zwischen Bindehautsack und Nase geschaffen wird, so dass die Tränenflüssigkeit, wie unter normalen Verhältnissen, nach der Nase zu abgeleitet wird. B. BAGINSKY.

30) **Uffenorde. Die verschiedenen Entzündungsformen der Nasennebenhöhlenschleimhaut und ihre Behandlung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. S. 133.*

Auf Grund histologischer Studien, wozu Verf. das Material bei einer grossen Anzahl von Operationen sammelte, kommt er zu folgender Einteilung der Nebenhöhlenaffektionen:

1. katarrhalisch ödematöse;
2. eitrige Entzündung der Schleimhaut;
3. Mischform (zu der primär katarrhalischen gesellt sich die eitrige).

Das akut einsetzende Oedem geht, ohne eine wesentliche Aenderung des histologischen Bildes zu machen, in einen chronischen Zustand über. Nur der Nachweis von neugebildetem Bindegewebe entscheidet. Das Bild wird dadurch häufig verwischt, dass akute Exazerbationen auftreten. Eine akute Entzündung kann unter dem Bilde der eitrigen Form einsetzen und später in das chronisch ödematöse Stadium übergehen. Bei der katarrhalisch polypoiden Entzündung kommt neben der entzündlichen Komponente auch eine mechanische, die Stauung, in Betracht. Die Nebenhöhlenaffektionen entstehen nicht primär, sondern haben ihren Ausgangspunkt in der Haupthöhle der Nase. Auch makroskopisch lässt sich bei der Operation meist ein Unterschied der verschiedenen pathologisch-anatomischen Krankheitsbilder feststellen.

Die Diagnose der katarrhalisch ödematösen Affektion wird klinisch vor allem aus dem Vorhandensein von Polypen gestellt — retronasale Polypen können ebensogut aus Siebbein- oder Keilbeinhöhle wie aus der Kieferhöhle stammen — oder, wenn solche nicht sichtbar sind, aus den bei einer hartnäckigen chronischen Rhinitis hypertrophica bestehenden subjektiven Beschwerden, der Durchleuchtung, Auskultation, Röntgenuntersuchung und Infraktion der mittleren Muschel. Die Therapie bei allen akuten Formen ist natürlich konservativ. Für die exquisit chronischen Formen der katarrhalisch ödematösen Erkrankung redet U. mit grossem Nachdruck dem radikalen operativen Eingriff das Wort. Viel weniger als die Eiterungen der Nebenhöhlen ist diese Form, die übrigens auch zu Komplikationen führen kann, konservativen Massnahmen zugänglich. Nur das möglichst gründliche Ausräumen der veränderten Schleimhaut bringt dauernd Erfolg. Während Verf. früher perfrontal operierte, bevorzugt er jetzt von der Erfahrung ausgehend, dass in vorgeschrittenen Fällen von ödematöser Entzündung stets auch die Kieferhöhle beteiligt ist, die Operation nach Luck-Cadwell und geht das Siebbein und die Keilbeinhöhle permaxillar an. Eine sehr ausführliche Kasuistik ist der Arbeit angefügt.

KOTZ.

31) **E. Rist. Die Differentialdiagnose der Lungentuberkulose und der chronischen Erkrankungen der Nasenhöhlen. (Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et des affections chroniques des fosses nasales.)** *La Presse méd. 24. Juli 1916.*

Verf. geht davon aus, dass es eine Anzahl von Leuten gebe, die durch fortwährendes Hüsteln in den Verdacht geraten, lungenleidend zu sein, bei denen die physikalische und röntgenologische Untersuchung sowie die Sputumuntersuchung keinen Anhalt dafür geben, boi denen vielmehr die Quelle des Hustens in der

Nase zu suchen sei. Wenn er behauptet, dass bei der Mehrzahl der chronischen Nasenaffektionen sich habitueller Husten finde, so dürfte er freilich den Beweis für diese Behauptung schuldig bleiben, ebenso wie es natürlich absolut falsch ist, wenn er meint, man habe bisher — wenigstens beim Erwachsenen — den Zusammenhang chronischer Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe mit Nasenleiden nicht beachtet. Er unternimmt es, in einer für den allgemeinen Praktiker berechneten Beschreibung diejenigen Erscheinungen zu schildern, die für einen nasalen Ursprung des Hustens sprechen. Bei Besprechung der Pathogenese des nasalen Hustens kann Verf. nicht umhin, auch die Krönig'sche Spitzenatelektase zu erwähnen; er tut dies, indem er Krönig — ebenso geschmackvoll wie zutreffend! — bezeichnet als „einen Deutschen, der eine Menge Dummheiten über die physikalische Untersuchung der Lungen und die Frühdiagnose der Tuberkulose geschrieben hat".

FINDER.

32) **William Scheppegrell** (New Orleans, La.). **Heufieber, dessen Ursachen und Verhütung. (Hay-fever; its cause and prevention.)** *Journ. amer. med. assoc. 4. März 1916.*

Nach Ansicht des Verf.'s leidet etwa 1 pCt. der Bevölkerung an Heufieber, dessen radikale Ausrottung daher wohl angebracht ist. Aetiologisch wichtig sind die Ambrosia artemisiaefolia und Ambrosia trifida. Die erstere wächst in solchen Massen, dass ein leichter Wind die Blüten weit weg trägt. Die zweite Form (Artemisia trif.) wächst in mehr feuchter Gegend, und beide zusammen sind für 85 pCt. aller Fälle von Heufieber verantwortlich.

Es scheint, dass die Pollen auf jeden toxisch wirken, dass aber die Empfindlichkeit eine verschiedene ist. Die individuelle Resistenz verhindert häufig den Ausbruch der Krankheit. Als Beweis aber, dass selbst grosse individuelle Widerstandsfähigkeit nichts nützt, wenn man sich sehr stark exponiert, führt Verf. zwei Arbeiter an, die aus einem immunen Orte stammten, in dem Heufieber unbekannt ist. Beide arbeiteten auf einem Felde, auf das die Pollen wie eine Staubmasse flogen und an demselben Abend hatten beide Heufieber.

Verf.'s Plan ist es, schädliche Pflanzen auszurotten, und wo das nicht möglich ist, durch öffentliche Erziehung dahin zu wirken, dass derartige Felder gemieden werden.

FREUDENTHAL.

33) **Salomon Strouse** und **Ira Frank** (Chicago, Ill.). **Pollenextrakte und Vakzine bei Heufieber.** *Journ. amer. med. assoc. 4. März 1916.*

Verff. glauben aus Gründen, die im Original nachzulesen sind, dass eine kombinierte Behandlung von autogener Vakzine (entnommen von dem Naseninnern; Kulturen auf Agar) und Pollenextrakt einen guten Einfluss haben. Ihre Experimente sind aber noch keineswegs abgeschlossen.

FREUDENTHAL.

34) **Harold Wilson** (Detroit, Mich.). **Die Behandlung des Heufiebers mit Kalziumsalzen.** *Journ. amer. med. assoc. 4. März 1916.*

Dem Rate von Emmerich und Loew folgend, gab W. seinen Patienten Kalziumchlorid und fand, dass dieselben von ihren Heufiebersymptomen befreit

wurden. Es ist nicht nötig, diese Salze eine lange Zeit zu nehmen, da Erleichterung schon früh eintritt. FREUDENTHAL.

35) **J. L. Goodale** (Boston, Mass.). **Die Pollentherapie bei Heufieber. (Pollentherapy in hay fever.)** *Boston med. and surg. journ. 8. Juli 1915.*

Nach eingehendem Studium an 123 Patienten kommt G. zu folgenden Schlüssen: Serobiologische Methoden haben die phylogenetische Verwandtschaft der verschiedenen Pflanzenfamilien bewiesen. Die Anwendung dieser Tatsachen auf die Behandlung des Heufiebers durch Injektion von Pflanzen-Proteïden gibt uns einen Wegweiser für die Auswahl des speziellen Materials in den verschiedenen Fällen.

Die Pollentherapie muss jetzt als vielversprechende Methode betrachtet werden, aber ihr wirklicher Wert und die Dauer der Heilung sind noch nicht festgestellt worden. FREUDENTHAL.

36) **Otto Seifert** und **Como. Ueber Rhinovalin.** *Klinisch-theurapeut. Wochenschrift. Bd. 22. No. 51.*

Mit dem Namen Rhinovalin wird eine Lösung von Validol in gereinigtem Paraffinöl bezeichnet. Als zweckmässigst und wirksamst erwies sich eine Konzentration von 10 Tropfen Validol in 10,0 Ol. Paraffini; es wird davon mit einer Augenpipette etwa 1 ccm in die Nase geträufelt, dann die Nase zugehalten, damit das Mittel möglichst ausgiebig mit der Nasenschleimhaut in Berührung kommt. Verf. haben das Rhinovalin mit Vorteil angewandt bei akuter Rhinitis (3—4mal pro die appliziert), Rhinitis sicca und überhaupt bei trockenen Katarrhen der oberen Luftwege. FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

37) **Fritz Groos. Die Landkartenzunge.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 26.*

Die erste Beschreibung der Landkartenzunge stammt von dem Heilbronner Arzt F. Betz (Journal f. Kinderkrankheiten 1835); der Vergleich mit einer Landkarte findet sich zum ersten Male bei dem deutschen Arzt Santlus von Hadamar, der Name „Landkartenzunge" wird 1881 von Unna als dem Praktiker geläufige Bezeichnung angeführt. Aeusserst zahlreich war die Verwirrung und Meinungsverschiedenheit, die über die Erkrankung herrschen, charakterisierend sind die Synonyma. Verf. charakterisiert die Lingua geographica als eine auf die Zunge lokalisierte, chronische, erbliche und angeborene Krankheit. Sie findet sich in allen Lebensaltern ziemlich gleich häufig. Man kann unterscheiden zwischen der typischen Landkartenzunge und der „Lingua maculata". Einer parasitären Infektion misst Verf. keine Bedeutung bei; die grösste Wahrscheinlichkeit hat nach ihm der konstitutionelle hereditäre neuropathische Typ. Pathologisch-anatomische Grundlage besteht in Zeichen von Oedem in den obersten Schichten des bindegewebigen Anteils und vorwiegend des Epithels. Differentialdiagnostisch kommen nur noch in Betracht Glossitis superficialis Möller und sekundäre Lues. Eine Therapie ist unnötig, unter Umständen sogar schädlich. FINDER.

38) **Betke** (Frankfurt). **Die Sarkome der Zunge.** *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. S. 403. 1915.*

Die Sarkome der Zunge sind sehr seltene Geschwülste. B. konnte bisher 41 einwandfreie Fälle in der Literatur sammeln; der seinige ist der 42.

Mann von 83 Jahren. Spindelzellensarkom. Operation. Exitus am 5. Tage an Pneumonie.

An der Hand der Literatur Beschreibung der klinischen Symptome, der Differentialdiagnose, des histologischen Bildes, der Prognose und Therapie.

DREYFUSS.

39) **Borchard** (Posen). **Doppeltes Zungenkarzinom bei Psoriasis linguae.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. S. 635. 1914.*

Die beiden Karzinome entwickelten sich in einem Abstand von 8 Jahren an 2 verschiedenen Stellen. Keine Rezidive. B. hält die Zungenkarzinome auf dem Boden der Psoriasis für relativ gutartig. (Die Erfahrungen des Ref. stimmen damit nicht überein.)

DREYFUSS.

40) **Albrecht Wagner. Beiträge zur Kenntnis der Zungenbasisgeschwülste.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. S. 22. 1915.*

Beschreibung eines Falles bei einem 52jährigen Mann. Die Schilddrüse war dabei wohlerhalten, was bekanntlich bei vielen Fällen nicht zutrifft, indem diese Tumoren gewöhnlich degenerierte Zungenstrumen darstellen.

Den vorliegenden Fall hält W. für eine vom Ductus thyreoglossus ausgehende Neubildung und zwar einen Mischtumor malignen Charakters (Drüsenmetastasen). Er gehört zur Gruppe der branchiogenen Karzinome.

DREYFUSS.

41) **R. Asch** (Kiel). **Die Zungenstruma, gleichzeitig ein kasuistischer Beitrag zum Myxödem und zur Frage der postoperativen Tetanie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. S. 593. 1914.*

Guter zusammenfassender Ueberblick über die vorhandene Kasuistik (95 Fälle) unter Beifügung eines weiteren, in welchem die Exstirpation der Zungenstruma zu Tetanie und Myxödem führte. In der exstirpierten Struma waren makroskopisch und histologisch noch die Epithelkörperchen nachzuweisen.

DREYFUSS.

42) **Douglas W. Montgomery. Lichen planus der Zunge allein. (Lichen planus of the tongue alone.)** *Journ. of cutaneous diseases. Juli 1914.*

Sitz der Affektion war der Zungenrücken, die beiden Flecken waren im Zentrum stumpfweiss, konnten nicht fortgewischt werden und hatten an ihrer Peripherie ein feines Netzwerk. Nach einer Woche sah man in diesen Flecken Papeln. Es waren so gut wie keine subjektiven Beschwerden. Die Wangenschleimhaut war frei. Die Behandlung bestand in Applikationen von 10proz. Chromsäure und kleinen Dosen von Hydrag. chlorat. innerlich. Verf. hält die Affektion für häufig und warnt vor Verwechselungen mit Leukoplasie und Syphilis.

EMIL MAYER.

43) **Bundschuh. Wie beugen wir bei Unterkiefer-, Zungen- und Mundbodenschusswunden der Erstickung vor?** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 11. S. 402. 1916.*

Fälle, bei denen ein Glottisödem besteht, oder durch ein abgerissenes Muskel- oder Knochenstück der Kehlkopf verlegt ist, erfordern sofortige Tracheotomie. Ist dagegen die Atmung durch Zurücksinken der Zunge behindert, was bei einer Durchtrennung des M. genioglossus oder durch Dislokation von Bruchstücken des Unterkiefers zustande kommen kann, so empfiehlt es sich, einen Fadenzügel durch die Zungenspitze zu legen und ihn eventuell hinter der Ohrmuschel zu befestigen. Dies ist besonders für das Transportfähigmachen der Verwundeten wichtig und sollte deshalb schon am ersten Verbandplatz geschehen. KOTZ.

44) **Axhausen** (Berlin). **Die operative Behandlung der supralaryngealen Pharynxstenosen durch Pharyngotomia externa und Lappenplastik.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 107. H. 4. 1916.*

In 2 Fällen gelang es nach Pharyngotomia lateralis, Bildung eines weiten Pharyngostomas durch Einschlagen eines Hautlappens von oben und eines zweiten von der Seite gebildeten Hautlappens die Pharynxstenose radikal zu beseitigen und die gleichzeitige Larynxverengerung bis zur Ermöglichung oraler Atmung zu bessern. SEIFERT.

45) **Rosenthal** (Leipzig). **Verschluss traumatischer Gaumendefekte durch Weichteile des Gesichts.** *Centralbl. f. Chir. Bd. 29. 1916.*

Im Leipziger Reservelazarett für Kieferverletzte wurden von R. bisher gegen 20 Gaumenplastiken nach verschiedentlichen Prinzipien erfolgreich ausgeführt, ein Teil der Verwundeten ist schon wieder bei der Truppe, der andere wird in Kürze entlassen. Aus der Krankengeschichte eines Kieferverletzten mit grossem Defekt im harten Gaumen geht hervor, dass man grosse Defekte des Gaumens recht gut durch Weichteile der Wange verschliessen kann. SEIFERT.

d) Diphtherie und Croup.

46) **Gumprecht** (Weimar). **Neuere Erfahrungen über Diphtherie.** *Korresp.-Blatt d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 5. Juni 1916.*

Für die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen, Krankenhäusern, Waisenhäusern, Alumnaten, Irrenhäusern, Kasernen, Gefängnissen, handelt es sich darum, nicht nur die Kranken, sondern auch die Krankheitsverdächtigen und die Bakterienträger zu ermitteln und abzusondern. Manchmal müssen eigene Stationen für die gesunden Bakterienträger eingerichtet werden. In Epidemiezeiten kann es notwendig werden, eine Art Quarantänestation für die Aufzunehmenden einzurichten, z. B. in den Waisenhäusern der Grossstädte, kein Kind wird dann in das Haus aufgenommen, ohne vorher eine zweimalige bakteriologische Untersuchung während eines mehrtägigen Beobachtungszeitraumes durchgemacht zu haben. Länger als 6 Wochen sollen die Bakterienträger nicht vom Schulunterricht ausgeschlossen bleiben, nachher werden sie ohne Rücksicht auf den bakteriologischen Befund wieder zugelassen, aber in der Klasse besonders gesetzt und vom Verkehr abgesondert. SEIFERT.

47) **Landau. Ueber diphtherieähnliche Stäbchen in der normalen Mundhöhle und ihre Beziehungen zur Leptothrix.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. S. 717. 1916.*

Die Ausführungen des Verf.'s wurden veranlasst durch die Befunde von Mühsam (s. das Referat dieses Centralblatts). Sie stellen folgendes fest: Fertigt man von einem normalen Zahnbelag ein mikroskopisches Präparat und färbt dieses nach Neisser, so findet man neben den verschiedensten Bakterien in der grossen Mehrzahl der Fälle Stäbchen, die Polkörnchenfärbung aufweisen und den echten Diphtheriebazillen in Form, Grösse und Lagerung sehr ähnlich sind. Daneben sind aber immer auch Stäbchen zu sehen, die nur ein Korn haben, das dann oft spitz oder elliptisch oder viel grösser als das bei Diphtherie ist. Bazillen, bei denen die Körnchen nicht an den Enden liegen, solche mit mehrfacher Körnelung und längere Fäden, hauptsächlich in zwei Formen, dünne Fäden, die so aussehen, als seien sie aus Stäbchen zusammengesetzt und sehr dicke, oft gewundene Fäden, beide Arten tragen meist, aber nicht immer nach Neisser gefärbte Körner. Die gleichen Fadenformen findet man sehr häufig auch in Präparaten von Rachen- und Tonsillenabstrichen. Sind neben typisch erscheinenden diphtherieähnlichen Bazillen gleichzeitig solche Fäden vorhanden, so sind erstere nicht als Diphtheriebazillen aufzufassen. Kulturen von solchen Stäbchen wachsen schlecht auf Löfflerserum. Auffallenderweise sind schon in der ersten Generation viel weniger Fäden zu sehen und die Bazillen diphtherieähnlicher, was bei Kulturen von diphtherieverdächtigem Material zu Täuschungen Veranlassung geben kann, wenn man nicht darauf achtet. Tierversuche mit den Stäbchen fielen negativ aus, auch wachsen dieselben nicht anaërob. Sie gehören nach Ansicht L.'s zu den Leptothrixformen, wenigstens konnten alle Uebergänge und allmähliche Veränderungen in der Richtung von den Fäden zu den diphtherieähnlichen Stäbchen und wiederum zu den Fäden beobachtet werden. Gelegentlich hätten auch Streptotricheen zu Verwechselung mit Diphtherie Veranlassung gegeben; durch die gleichzeitige Anwesenheit von Fäden, gelegentlich sogar mit Verzweigungen, sei die Sachlage geklärt worden.

R. HOFFMANN.

48) **H. Langer** und **H. Krüger. Die Gramfestigkeit der Diphtheriebazillen und der Pseudodiphtheriebazillen als differentialdiagnostisches Merkmal.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. S. 72. 1916.*

Die Verff. haben gefunden, dass die Gramfestigkeit der Pseudodiphtheriebazillen wesentlich stärker ist als die der Diphtheriebazillen und zwar für jedes Wachstumstadium der Bazillenkulturen, also schon nach 6—8stündiger Bebrütung (Klatschpräparate). Hierin liegt ein spezifisches Unterscheidungsmerkmal. Verff. empfehlen folgende Färbezeiten:

Anilinwasser-Gentianaviolett (frisch hergestellt und filtriert)	2 Minuten
Lugol'sche Lösung	5 „
Absoluter Alkohol	15 „
Verdünntes Fuchsin	1 Sekunde.

R. HOFFMANN.

49) **Mühsam** (Berlin). **Beitrag zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger.** Berliner med. Ges., Sitzung v. 17. Mai 1916. *Med. Klinik. No. 31. 1916. Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1916.*

Bei der grossen Zahl von Diphtheriekranken, welche nach Ablauf ihrer Krankheitserscheinungen noch Bazillen im Mandel-Rachenabstrich zeigten und bei den als Bazillenträger überwiesenen Gesunden wurde fachmännisch der Mund in Ordnung gebracht. Wurzeln wurden gezogen, Zahnhöhlen gereinigt und geschlossen, Fissuren geglättet, Zahnstein entfernt, die Zähne jodiert. Der Erfolg war durchaus befriedigend. Sämtliche Patienten sind bisher durch die Zahnbehandlung von ihren Diphtheriebazillen befreit worden. SEIFERT.

50) **John A. Kolmer** (Philadelphia, Pa.). **Der praktische Wert der Hautreaktion bei Diphtherie. (The practical value of the diphtheria toxin skin reaction.)** *Pennsylvania med. journ. Februar 1916.*

Nach K.'s Erfahrungen kann man dieser bekannten Hautreaktion einen gewissen Wert nicht absprechen. FREUDENTHAL.

51) **Henry Koplik** und **Lester J. Unger** (New York). **Die Toxin-Hautreaktion bei Diphtherie. (The diphtheria toxin skin reaction.)** *Journ. amer. med. assoc. 15. April 1916.*

Angabe einer neuen Nadel zur intradermalen, nicht subkutanen Injektion. Dieselbe ist an ihrem Ende $^1/_4$ Zoll weit leicht gebogen. Ohne Verdünnung wird direkt von der Flasche $^1/_{50}$ der minimal letalen Dosis injiziert, und die Resultate sind dieselben wie bei Schick. FREUDENTHAL.

52) **S. S. Bullen** (Rochester, N. Y.). **Resultate der Schick'schen Reaktion im Waisenhaus zu Rochester. (Results of the Schick test at the Rochester orphan asylum.)** *New York state journ. of med. April 1916.*

50 pCt. der Kinder zeigten eine natürliche Immunität gegen Diphtherie. Wenn man daher während einer Epidemie mindestens einmal monatlich die Schick'sche Reaktion macht und die „Träger" durch Halskulturen ausschaltet, so erspart man den Kindern viel Unbehagen und mindestens die Hälfte des Antitoxins. FREUDENTHAL.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

53) **Marschand. Zylindrom des Kehlkopfes.** Med. Ges. zu Leipzig, Sitzung v. 25. Januar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. S. 683. 1916.*

Der 25 jährige Patient war unter Erstickungserscheinungen gestorben und bot bei der Sektion eine schwere Bronchitis und Lobulärpneumonie dar. Die Geschwulst lag in ihrer Hauptmasse an der rechten Kehlkopfseite, sie war offenbar von den Schleimdrüsen dieser Seite oder von ihren Ausführungsgängen ausgegangen. Sie war aber auch um die Platte des Ringknorpels herum auf die andere Seite übergegangen, nach innen war durch sie der Kehlkopf erheblich eingeengt. Mikroskopisch zeigte die Geschwulst mit ihren durch Bindegewebsstreifen ge-

trennten Läppchen, den darin enthaltenen dichtgedrängten hyalinen Balken und Kugeln mit Resten fibrillären Bindegewebes und den diese begrenzenden einfachen und mehrfachen Schichten kleiner epithelialer Zellen, die auch in Strängen oder Schläuchen angeordnet sein konnten, das charakteristische Bild des Zylindroms. Die Kehlkopfmuskulatur war zum Teil durchwuchert, an einigen Stellen war die Geschwulst auch in die Venen eingebrochen. Metastasen aber waren nicht vorhanden.

Für die epitheliale Natur des Tumors sprachen einmal die engen Beziehungen zu den Schleimdrüsen und dann die Färbbarkeit der Stränge und Kugeln mit Muchämatin.

R. HOFFMANN.

54) **Friedel Pick. Sklerom des Kehlkopfes.** Wissenschaftl. Ges. Deutscher Aerzte in Böhmen, Sitzung v. 28. Januar 1896 in Prag. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 24. S. 744. 1916.*

18jährige Galizierin. Laryngoskopisch: Neben leichter Rötung unterhalb der sonst normalen Stimmbänder zwei von den Seiten her polsterartig vorspringende Infiltrate von blassrötlicher Farbe, die das Lumen des subglottischen Raumes bis auf 2—3 mm verengen. In der Tiefe der Trachea auch noch an der Vorderwand eine ebensolche, mehr weissliche Leiste. Kulturen von dem Sekret der oberen Luftwege rein gezüchtet, ergaben in Reinkultur den Rhinosklerombazillus von Frisch. Das Blutserum zeigte mit Extrakten von Sklerombazillen verschiedener Herkunft deutliche Komplementablenkung, wogegen diese mit Extrakten von Friedländer'schen Kapselbazillen ausblieb. Die Hemmung der Hämolyse war mit dem Extrakt des Bazillus der Patientin und von einem Patienten aus letzter Zeit intensiver und auch bei stärkerer Verdünnung nachweisbar als mit dem von einem schon lange im Laboratorium fortgezüchteten Stamm. Therapeutisch kommt wegen des rein subglottischen Sitzes des Skleroms vor allem Röntgenbestrahlung von aussen her in Betracht.

R. HOFFMANN.

55) **A. Barth** (Leipzig). **Meine Erfahrungen über Kehlkopfkrebs.** *Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 129. S. 6. 1914.*

Ein sehr gut geschriebener Artikel, der sich in der Hauptsache an den Allgemeinpraktiker wendet; hoffentlich mit Erfolg.

DREYFUSS

56) **Kirschner. Totalexstirpation des Kehlkopfes und des benachbarten Abschnittes der Speiseröhre.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr., Sitzung v. 21. Februar 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. S. 491. 1916.*

39jährige Patientin mit Schlingbeschwerden infolge eines Karzinoms der Speiseröhre in der Höhe der Cartilago cricoidea. Gastrostomie. Nachdem die Diagnose durch Probeexzision mittels Oesophagoskops (was wärmstens zu empfehlen) histologisch sichergestellt ist, Resektion der Speiseröhre und des ebenfalls vom Karzinom befallenen Kehlkopfes. Peripherer Luftröhren- und Oesophagusstumpf werden in die Haut eingenäht, der Pharynx primär verschlossen. Patientin spricht mit Sprechkanüle von Gluck. Es soll in nächster Zeit mittels eines Hautrohres

eine künstliche Verbindung zwischen Pharynx und peripherem Oesophagusstumpf hergestellt werden.

R. HOFFMANN.

57) **Capelle. Ueber plastischen Ersatz von Kehlkopfluftröhrendefekten.** *Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. S. 403. 1916.*

Auf Grund einer wohlgelungenen Plastik bei schwerer Schusszertrümmerung der vorderen Trachealwand beschreibt Capelle sein Verfahren.

Es handelte sich darum, einen Defekt der Vorderwand knöchern zu verschliessen. Behufs dessen bildete C. 2 längsgestreckte Lappen, je einen auf jeder Halsseite. Die Lappen der einen Seite schlug er um, so dass seine Epidermisfläche nach dem Tracheallumen sah, den anderen Lappen, und zwar Haut-Periost-Knochenlappen mit Abmeisselung des grossen Teils des Manubrium sterni drehte er nur um seine Kante, so dass also von aussen gesehen Haut, Knochen, dann Wundfläche des ersten Lappens, hierauf wieder Haut den Defekt deckten.

Durch eine von einer tiefer gelegenen Tracheotomieöffnung eingeführte Schornsteinkanüle wurde das Ganze gestützt, bis völlige Anheilung erfolgt war.

C. beschreibt dann noch ein Verfahren, das er allerdings noch nicht erprobte, bei völlig zirkulären Defekten der Trachea, wobei ein in die seitliche Halswand verpflanzter Hautknochenlappen der Tibia nach Anheilung durch eine Lücke unter dem Sternocleidomastoideus hindurchgezogen wird und so die hintere Trachealwand bildet. Die Vorderwand wurde dann nach obenbeschriebener Methode gebildet.

DREYFUSS.

58) **D. Muyderman. Ein Knochenstückchen im Kehlkopf. (Een beentje in het strottenhoofd.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 6. S. 472. 1916.*

Sehr kurze Mitteilung. Zwei Knochenstückchen aus dem subglottischen Raum entfernt. Nach einigen Monaten starb der Patient an einer heftigen Blutung aus Nase und Mund. Die beiden Knochenstückchen waren kariöse Teile vom Petrosum aus der Umgebung des Canalis caroticus. Der Patient hatte eine Knochenkaries an der Schädelbasis.

VAN GILSE.

59) **Richard H. Johnston** (Baltimore, Md.). **Eine einfache Methode, flache Fremdkörper aus der Trachea kleiner Kinder zu entfernen. (A simple method of removing flat foreign bodies from the trachea of the young child.)** *Maryland med. journ. April 1916.*

Unter kleinen Kindern versteht J. solche bis zu 3 Jahren. Bei diesen bemerkte er, dass Wassermelonen-Samen und andere flache Fremdkörper selten bis in die Bronchien vordringen, sondern meist in der Trachea stecken bleiben. Da es nun schwierig ist, hier mit dem hier zu Lande meist gebräuchlichen Jackson'schen Rohr (4mm) zu arbeiten, so konstruierte Johnson ein auseinander zu nehmendes Spekulum (9,5 cm lang und 10 mm im Durchmesser), dessen Beleuchtung einen Zentimeter vom distalen Ende der Tube ist. Das Kind liegt flach mit dem Kopfe auf dem Tische, und es wird kein Anästhetikum gegeben, höchstens etwas Atropin zur Verminderung der Sekretion. J. bekommt auf diese Weise eine ausgezeichnete Uebersicht über die ganze Trachea und die Entfernung des Fremdkörpers ist dann leicht.

FREUDENTHAL.

60) **Harms. Ein Fall von Aspiration einer Roggenähre mit spontaner Heilung bei einem acht Monate alten Säugling.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. S. 160.*

Da die Anamnese keine sicheren Anhaltspunkte gab, konnte die Diagnose auf Fremdkörper nur vermutungsweise gestellt werden. Nach Tracheotomia inferior wurde durch das Bronchoskop ein kleiner Teil einer Aehre entfernt. Daraufhin Besserung. Einige Tage später entsteht im achten Interkostalraum ein rasch wachsender Abszess, der spontan aufbricht und eine grosse Roggenähre zutage fördert. Rasche Heilung.

KOTZ.

61) **Wachmann** (Bukarest). **Ueber die Resektion des Nervus laryngeus superior bei der Dysphagie der Kehlkopftuberkulösen.** Mit 3 Textfiguren.) *Archiv für Laryng. u. Rhin. Bd. 30. H. 1. S. 105.*

Unter Mitteilung von 5 Fällen beschreibt Wachmann die Resektionstechnik des Nervus laryngeus superior und bespricht die Indikationen und die Aussichten der Operation, welche von Avellis 1909 vorgeschlagen wurde zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei der Kehlkopftuberkulose, wenn die lokal auf den Larynx applizierten Anästhetika und die von Hoffmann 1908 empfohlenen Injektionen von 85proz. Alkohol keine dauernden Erfolge erkennen lassen. Wachmann hat sogar die doppelseitige Resektion der Nerven in einer Sitzung bei 3 Fällen ohne jede unangenehme Nebenwirkung ausgeführt, irgend welche Störungen trophischer Natur sind nicht eingetreten.

B. BAGINSKY.

62) **Aurelius Rethi** (Budapest). **Die Therapie der postoperativen Kehlkopfblutungen im Anschluss an zwei schwierige Fälle.** Mit 1 Textfigur. *Archiv f. Laryng. u. Rhin. Bd. 30. H. 1. S. 100.*

Unter Mitteilung zweier Fälle beschreibt Rethi eine einfache und zuverlässige Methode der Blutstillung im Kehlkopf und zwar 1. zur Stillung schwerer postoperativer Kehlkopfblutungen und 2. als Präventivmassnahme bei im Kehlkopf zu verrichtenden und voraussichtlich mit grösserer Blutung verbundenen Operationen. Im wesentlichen besteht die Methode in der Tamponade nach vorher ausgeführter Tracheotomie. so dass durch die Tracheotomieöffnung eine Belloc'sche Röhre nach aufwärts in der Richtung zur Mundhöhle geführt und nun von der Mundhöhle aus durch den Mandrin der befestigte Tampon gegen die blutende Stelle des Larynx gezogen und angedrückt wird. Zuverlässig mag die Methode sein, aber über die Einfachheit derselben lässt sich wohl diskutieren.

B. BAGINSKY.

63) **Theo Kohnen** (Kraupischken). **Seltene Komplikation einer diphtherischen Tracheal- und Larynxstenose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 323. 1916.*

Die Komplikation war ein Spulwurm in der Trachea. Es fiel C. auf, dass die Seruminjektion nicht den gewohnten Erfolg auf die Besserung der Atmung hatte. Es wurde daher die Tracheotomie notwendig, bei der es zunächst nicht gelang, die Kanüle einzuführen infolge eines weichen Hindernisses in der Trachea, als das sich ein etwa 10 cm langer männlicher Ascaris lumbricoides erwies. C. weist darauf hin, dass, wenn wie in diesem Fall die Atmung nach der Seruminjektion nach wie vor behindert bleibt, während sich die Einwirkung des Serums auf das Herz schon sicher zeigt, man in ländlichen Gegenden an ein lebendes Hindernis in den oberen Luftwegen denken dürfe.

R. HOFFMANN.

64) **Muck. Heilungen von schwerer funktioneller Aphonie (Methode: Erzeugung eines Angstschreies durch vorübergehend endolaryngeal herbeigeführte Kehlkopfstenose).** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 12. S. 441. 1916.*

Verf. bringt die Kugel eines Hartmann'schen Mandelquetschers, dessen Stiel in der Art der Kehlkopfinstrumente umgebogen ist, für einige Sekunden in den Larynx. Es gelang ihm in 3 Fällen, die vorher vergeblich mit faradischem Strom und Sondenberührung behandelt wurden, Heilung zu erzielen. KOTZ.

65) **K. Menzel** (Moslar). **Funktionelle Aphonie.** *Beil. d. Wiener med. Wochenschrift. 1916. No. 8. „Der Militärarzt." 50. Jahrg. No. 5.*

In der wissenschaftlichen Sitzung der Aerzte des k. u. k. Garnisonspitals in Mostar vom 30. November 1915 stellt M. aus Wien einen Patienten mit „kompletter beiderseitiger Konstriktorlähmung der Stimmbänder funktioneller Natur" vor. Durch endolaryngeale Sondierung geheilt. O. CHIARI.

66) **Walcher. Ruptur der Trachea bei Tetanus.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 19. S. 697. 1916.*

Verf. berichtet über einen Tetanuskranken, bei dem während eines heftigen Krampfanfalles plötzlich ein Emphysem in der Supraklavikulargrube auftrat, das zur Tracheotomie zwang. Er nimmt an, dass infolge des Exspirationsdruckes ein kleiner Einriss in der Trachea entstand. KOTZ.

67) **E. Pollak** (Graz). **Ueber luetische Stenose der Trachea und der Bronchien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 359. 1916.*

P. beschreibt 2 Fälle von luetischer Trachealstenose, deren Diagnose einzig durch die direkte Tracheoskopie gelang.

In dem 1. Falle handelte es sich (bei 45 Jahre alter Frau) um ein diffuses Infiltrat in der Bifurkationsgegend, das auch auf die Hauptbronchien übergegangen war. Tracheotomie. Anamnese auf Lues negativ, Wassermann positiv. Therapie: Während mehrerer Wochen das Quecksilberpräparat Merlusan innerlich. Dadurch Abnahme des quälenden krampfhaften Hustens, der Dyspnoe und der Erstickungsanfälle. Später auch Salvarsan und Jodbehandlung. Unter dieser Therapie vollständiges Verschwinden der Stenose in der Bifurkationsgegend. Dagegen allmähliges Entstehen einer hochgradigen Stenose im obersten Teile der Luftröhre oberhalb der Trachealkanüle. Behandlung mit den von Brüggemann angegebenen Bolzen und Heilung.

Im 2. Falle bestand bei 44 Jahre altem weiblichen Individuum zirkumskriptes ulzeriertes Gumma über der Bifurkation. Häufige Dyspnoe und stridoröse Atmung. Anamnese auf Lues und auch Wassermann negativ. Untere Tracheotomie und Gummischlauchkanüle. Unter Jodnatriumbehandlung Verschwinden des Stridors und der Atemnot. Trotzdem erfolgte infolge plötzlich heftiger Blutung aus Trachealkanüle rascher Erstickungstod. Bei der Sektion zeigte sich der Truncus anonymus arrodiert und das prätracheale Gewebe eiternd. Zudem eine chronische luetische Endarteriitis der Aorta. — Nach Stellung der Diagnose war nicht mehr tracheoskopiert worden; da bei der Sektion ausser Narbenbildung die

Luftröhre innerlich normalen Befund zeigte und die Symptome der Trachealstenose vollkommen verschwunden waren, so nimmt Verf. an, dass die prätracheale Eiterung, die zu Gefässarrosion führte, durch Infektion von der Tracheotomiewunde aus zustande kam.

OPPIKOFER.

e II) Stimme und Sprache.

68) **E. Fröschels** (Wien). **Ueber die Beziehungen der Sprachheilkunde zur übrigen Medizin.** *Wiener med. Wochenschr. 1915. No. 47.*

Erörterungen im Rahmen eines Vortrages über das Wesen der funktionellen Atemstörungen, Aphasien, Sigmatismus, Obturatorentherapie, Taubstummheit usw.

HANSZEL.

69) **L. Réthi** (Wien). **Untersuchungen über die Nasenresonanz und die Schallleitung im Kopfe und Halse.** Vortrag, gehalten in der österreich. Ges. f. exper. Phonetik am 7. Dez. 1915. *Wiener med. Wochenschr. No. 5. 1916.*

Die Versuche wurden mit der König'schen Kapsel ausgeführt, welche mit einem Gummidrain und einer Glasolive für die Nasenöffnung versehen wurde und bezüglich der Schallleitung vom Halse aus mittelst eines Mikrophons und Stimmgabeln. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass die im Kehlkopf erzeugten Schallwellen der Luft nicht oder in nicht nachweisbarem Masse die Knochen und Weichteile der Sprachorgane gegen die Nasenhöhle hin passieren, dass hingegen die im Kehlkopfe durch die Vibrationen der Stimmbänder erzeugten Schallwellen sich in den festen und weichen Teilen der Sprachorgane in solchem Masse auf die Nasenhöhle fortpflanzen, dass die in derselben entstandenen Lufterschütterungen nachgewiesen werden können. Von Bedeutung ist, dass die in den Stimmbändern entstandenen Schallvibrationen nicht nur auf die Knorpel bzw. Knochen des Kehlkopfes übertragen werden, sondern ihre Leitung findet auch auf grössere Strecken statt, die teils aus Weichteilen, teils aus Knochen bestehen. Auf diese Weise wird auch der Scheitel durch den tönenden Kehlkopf in Mitschwingung gebracht. Die Konfiguration der Nase hat auf den Gesamtklang Einfluss.

O. CHIARI.

70) **L. Réthi** (Wien). **Untersuchungen über den Einfluss der Weite der Nasenhöhlen auf die Resonanz.** *Wiener med. Wochenschr. No. 14. 1916.*

Durch ein Freierwerden der Nase kommt es zu stärkeren Vibrationen der Nasenluft, die Stimme gewinnt qualitativ und in der Regel auch an Umfang.

O. CHIARI.

71) **Const. Schneider. Beschreibung eines neuen Kehltonschreibers nach Calzia-Schneider.** *Vox. H. 1. S. 1. 1916.*

Gegenüber anderen Kehltonschreibern (Krüger-Wirth, Gutzmann-Wethlo) zeichnet dieser Schwingungen bis 900 pro Sekunde auf und eignet sich daher besonders zur Aufnahme von Frauenstimmen. Neu ist daran die Uebertragung von Membranschwingung auf den Schreibhebel. Er wird durch eine Mikrometerschraube einem auf der stark gespannten Condommembran anliegenden (nicht aufgeklebten) Aluminiumplättchen angedrückt. Zur Abnahme der Schwingungen am Kehlkopf dient die Krüger-Wirth'sche Larynxkapsel. Wiedergabe von Kurven verschiedener Vokale, Tonhöhen und auch verschiedener Güte.

NADOLECZNY.

72) **Paul Bruns. Minimalluft und „Stütze".** *Stimme. Bd. 10. H. 5. Febr. 1916.*

Br. weist auf die unklaren Begriffe hin, die mit der Bezeichnung „Stütze" verbunden werden. Er will das Wort nicht gleich dem italienischen appogio della voce setzen und bringt es in Beziehung zum Registerausgleich. Er kritisiert mit Recht die falschen Atemmethoden, die unter der Flagge „Atemstütze" segeln und andere auf falsche Muskelspannung hinauslaufende Tonbildungsversuche. Seine Erklärung des Wortes Stütze ist aber ebenfalls sehr bilderreich und umfasst die „grundgebildete Kopfresonanz", eine „ganz eigenartige, selbsttätige, balancierende Bewegung des Zwerchfells", die er als eine Entdeckung bezeichnet (!) und „Freilauf der Stimme" nennt, die nur möglich ist „mittels einer besonders geschulten Funktion des Atems und zwar der Minimalluft" = „latente Kapazität der Lunge". Es folgt darauf der „selbsttätige Luftnachschub" der Residualluft (also eine physiologische Unmöglichkeit oder ein Bezeichnungsfehler. Ref.) NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

73) **Charles H. Frazier** (Philadelphia, Pa.). **Die Behandlung der toxischen Struma. (The management of the toxic goiter.)** *Pennsylvania med. journ. Januar 1916.*

In bezug auf die Nomenklatur folgt Fr. der von Wilson und Plummer gegebenen Einteilung. Die Behandlung der toxischen Strumen gehört in das Gebiet der Chirurgie. In milden Fällen von Thyreotoxikosis ist absolute Ruhe (physisch und geistig) anzuraten. Wo das nicht tunlich ist, muss operiert werden. Verf. verfährt dabei bei leichten Fällen je nach der Indikation und hat noch nie einen letalen Fall gehabt. Er ist daher auch gegen eine präliminäre Unterbindung von Gefässen. Bei schweren Fällen aber muss zunächst unter Ruhe der Zustand des Herzens klar gestellt werden und dann kommt in Betracht: die Injektion von kochendem Wasser, die Unterbindung eines oder mehrerer Gefässe und die partielle Thyreoidektomie. Es folgen Einzelheiten der Technik. FREUDENTHAL.

74) **Hugo Ribbert** (Bonn). **Die Basedowstruma.** *Virchow's Archiv f. path. Anat. Bd. 219. 1915.*

R. nimmt im Gegensatz zur wohl allgemein verbreiteten Anschauung von der Hypersekretion der Schilddrüse bei Basedow an, dass wir es nicht mit progressiven Vorgängen, nicht mit einer Vermehrung und Wucherung des Epithels, sondern mit regressiven Veränderungen zu tun haben. Es handle sich um eine über lange Zeit sich erstreckende Störung, die nur selten zu einem ausgedehnteren Untergang von Zellen mit Nekrose führt. Es bleibt für gewöhnlich nur bei einer Schwellung von Protaplasma und Kern, bei schlechter Konturierung und körniger Auflösung des Zellleibs mit teilweiser Schrumpfung der Kerne, bei einer weitverbreiteten Ablösung der Epithelien vom Bindegewebe und ihrer Anhäufung im Lumen, die eine vielschichtige Proliferation vortäuscht. Damit verbindet sich ein ausgedehnter Schwund der bindegewebigen Septa, so dass die Alveolen zusammenfliessen und weitere meist spaltförmige Räume bilden. Die damit einhergehende Veränderung des Sekrets liefere dann die toxischen Substanzen und erkläre ebenfalls, warum die ganze oder teilweise Entfernung der erkrankten Partien Besserung oder Heilung bringe. DREYFUSS.

75) **F. de Quervain** (Basel). **Weiteres zur Technik der Kropfoperation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. S. 474. 1915.*

Es ist immer interessant, die Ansichten eines erfahrenen Spezialchirurgen kennen zu lernen. So bietet Verf. uns hier einen Ueberblick über 250 von ihm in Basel ausgeführte Kropfoperationen. Er demonstriert auf verschiedenen Farbentafeln seine Methode der extrafaszialen Unterbindung der A. thyr. inf., die den Vorzug hat, eine Verletzung des N. recurrens und der Epithelkörperchen zu verhindern. Ueber die Resultate usw. wolle man sich aus der Originalarbeit orientieren.

DREYFUSS.

76) **Heineke** (Leipzig). **Die chronische Thyreoditis.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. S. 189. 1914.*

Beschreibung zweier Fälle mit histologischem Befund. In dem einen Fall Operation mit konsekutivem Myxödem, bei dem anderen Teilexzision und Heilung nach Röntgentherapie.

DREYFUSS.

g) Oesophagus.

77) **Unger. Intrathorazische Oesophaguschirurgie.** Berliner Ges. für Chir., Sitzung v. 8. Juni 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. S. 1773. 1914.*

Darstellung seiner Methode der Radikaloperation des Speiseröhrenkrebses. Bericht über 16 Fälle.

R. HOFFMANN.

78) **Milner. Hochsitzendes Oesophaguskarzinom.** Med. Ges. in Leipzig, Sitzung v. 9. Juni 1914. *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 1646. 1914.*

Therapeutisch ist die Strahlenbehandlung im Verein mit chirurgischen Eingriffen sehr wichtig.

R. HOFFMANN.

79) **Helene Edenhuizen. Ueber zwei Fälle von mykotischem Aneurysma der Aorta mit Perforation in den Oesophagus.** *Frankfurter Z. f. Pathol. Bd. 16.*

Kasuistik. In dem ersten Fall war das Aneurysma durch Sepsis, in dem anderen durch einen tuberkulösen Prozess bedingt.

DREYFUSS.

80) **Zeller. Zur Behandlung der Speiseröhrenverletzungen im Felde.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 25. S. 916. 1916.*

Verf. stellt folgende Forderungen auf:

1. Zunächst Verbot jeder Nahrung, womöglich jeden Schluckens.
2. Schleunige breite Eröffnung des periösophagealen Raumes, sobald die äusseren Verhältnisse es irgend gestatten.
3. Einführung der Schlundsonde ist vor der Operation unzulässig; nach der Operation darf unter Umständen die Schlundsonde eingelegt werden.
4. Besteht auch eine Durchbohrung des Kehlkopfes oder der Luftröhre mit starker Blutaspiration, so ist die Tracheotomie mit Einlegung einer umwickelten Kanüle, Tamponkanüle, anzuschliessen.

KOTZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Denker** und **W. Brünings. Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege einschliesslich der Mundkrankheiten.** Zweite und dritte Auflage. Jena 1915.

Der ersten Auflage des Denker-Brünings'schen Lehrbuches (besprochen dieses Centralblatt, 1913, S. 199) ist sehr bald eine neue Doppelauflage gefolgt, der beste Beweis, wie schnell das Buch sich Freunde zu verschaffen gewusst hat. Der laryngologische von Brünings bearbeitete Teil hat in Bezug auf seine Form Aenderungen erfahren, durch welche die klinische und pathologisch-anatomische Seite der Darstellung gegenüber den Ausführungen über die Technik etwas mehr hervorgehoben wird. Die Abbildungen sind um einige vermehrt; die nach Kreidezeichnungen angefertigten Dreifarbendrucke sind mit Recht teils entfernt, teils durch andere Abbildungen ersetzt worden. Finder.

---

b) Dänische oto-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. März 1915.

Gottlieb Kiaer: 1. Skarlatinöse Mastoiditis, geheilt unter konservativer Behandlung.

2. Otologie infolge Caries dentium.

3. Angina als Prämenstrualsymptom.

K. berichtet über den Fall einer Frau, die drei Jahre lang jeden Monat einige Tage vor Eintritt der Menses eine Angina mit hohem Fieber bekam. Blutungen aus der Nase und den oberen Luftwegen bestanden nicht. Im Anschluss daran erörtert K. die sympathischen Nervenverbindungen, die zwischen den obersten Luftwegen und dem Genitalsystem bestehen, bespricht die vikariierenden Blutungen, die Fliess'schen Erfahrungen über Beseitigung von Menstruationsschmerzen durch Kokainisierung des Tuberculum septi und weist schliesslich auf den Zusammenhang hin, der zwischen den Drüsen mit innerer Sekretion, der Hypophyse und Schilddrüse, und dem Genitalsystem besteht.

Holger Mygind: 1. Otogene intrakranielle Komplikation unbestimmter Natur mit Neuritis optica ohne intrakraniellen Eingriff geheilt.

2. Zwei Fälle von otogener Meningitis, die infolge einer bei der Operation entstandenen traumatischen Hirnblutung tödlich verliefen.

Schmiegelow: Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Choanalatresie.

Es handelte sich um eine 23jährige Patientin mit rechtsseitiger knöcherner Choanalatresie. Es bestand keine Asymmetrie des Gesichts noch der Nase oder des Gaumens. S. bespricht die Häufigkeit der ein- und doppelseitigen Choanalatresien, ihre Symptome, ihren Einfluss auf die Bildung des Gesichtsskeletts und den Gaumen. Nachdem er die verschiedenen Operationsmethoden hat Revue passieren lassen, empfiehlt S. am meisten die Methode von Uffenorde, der zu-

nächst die submuköse Septumresektion macht, dann bis zur frontal gestellten Atresiewand vordringt, auch hier die Schleimhaut seitwärts und vom hinteren Nasenhöhlenboden abhebt, dann mit einem Meissel die Knochenplatte medial einschlägt und sie mit einer Hajek'schen Stanze reseziert. Dies Verfahren hat S. in seinem Fall in Chloroformnarkose nach peroraler Tubage angewandt. Nach der Operation wurde einige Tage ein Jodoformgazedrain eingelegt. Das Resultat war befriedigend.

Blegvad: Fremdkörper des Oesophagus mittels Oesophagoskopie entfernt.

1. Eine 51jährige Frau verschluckte beim Essen eine Nadel; sie spürte Schmerzen auf der rechten Halsseite und hatte Erstickungserscheinungen. Von Vornahme einer Röntgenaufnahme musste wegen der Atemnot und der Aufgeregtheit der Patientin Abstand genommen werden. Laryngoskopie, Tracheoskopie und Oesophagoskopie liessen keinen Fremdkörper entdecken. Danach Nachlassen der Respirationsbeschwerden. Nach zwei Tagen kam Pat. wieder und erklärte, die Nadel deutlich in der rechten Halsseite zu spüren. Man sah jetzt eine anscheinend kopflose Nadel hinter dem rechten Aryknorpel sitzen. Mittels der Laryngoscopia superior directa gelang es nicht, sie zu extrahieren, da sie jedesmal, wenn man das Rohr nach unten führte, sich zurückzog und in einer Schleimhautfalte verbarg. Am folgenden Tage sah man sie auf dem Röntgenbilde in Höhe des 5. Zervikalwirbels. Mittels indirekter Laryngoskopie entdeckte man sie hinter dem linken Aryknorpel. Die Extraktion gelang jetzt leicht unter Spiegelbeleuchtung mit der Fränkel'schen Zange. Der Grund dafür, dass man den Fremdkörper mit der Oesophagoskopie nicht entdeckt hatte, liegt darin, dass das Rohr immer an ihm vorbeiglitt. Man hätte den Fremdkörper sicher gleich mittels der Hypopharyngoskopie entdecken können; der Fall zeigt, wie wichtig diese Untersuchungsmethode auch zur Diagnose der Fremdkörper ist.

2. Die anderen Fälle waren folgende:

a) Es handelte sich um einen 3jährigen Knaben, der ein 2-Oerestück verschluckt hatte; der Fremdkörper wurde mittels Oesophagoskopie extrahiert.

b) 5jähriges Mädchen hatte 2-Oerestück verschluckt; Extraktion nach fünf Tagen mittels Oesophagoskopie. Der Fremdkörper hatte keinerlei stärkere Reaktion verursacht.

c) 3jähriger Knabe hatte 3 2-Oerestücke verschluckt. Eines kam gleich heraus, als die Mutter das Kind umschüttelte. Am Abend trat Atemnot mit Zyanose auf. Das Kind wurde in die Klinik gebracht, wo die Münzen unter Oesophagoskopie mit der Patterson'schen Zange extrahiert wurden.

d) 9jähriger Knabe wurde in die Klinik gebracht mit der Angabe, er habe früher Natronlauge getrunken und könne seit der Zeit nur mühsam die Speisen herunterbringen. Vor 3 Tagen sei beim Essen ein Bissen stecken geblieben und seitdem gehe auch flüssige Nahrung nicht mehr herunter. Mittels Oesophagoskopie wurde ein Fleischbissen extrahiert; am folgenden Tage kam das Kind wieder, da immer noch nicht flüssige Nahrung hindurchging; es wurden jetzt noch 25 cm von der Zahnreihe 5 weitere kleine Fleischstücke extrahiert, und man sah jetzt eine zirkuläre Striktur. Es wurde jetzt noch ein dünnes Bougie eingeführt,

das bis in den Magen ging; danach konnte das Kind mit Leichtigkeit trinken. Es kann jetzt auch ohne Schwierigkeit Brot essen.

Wilh. Waller: Drohender Kollaps nach Tonsillektomie; Komplikation mit Ulcus ventriculi.

21jährige Patientin, bei der wegen ständig rezidivierender phlegmonöser Anginen die Tonsillektomie vorgenommen wurde. Die Operation verlief glatt, auch war die Blutung nicht besonders stark. Drei Stunden darauf heftiges Blutbrechen und Kollaps. Nach Kampfer und Digalen erholte sie sich. An der Operationsstelle war trotz genauester Inspektion keine Blutung zu entdecken. Wie sich herausstellte, litt Pat. an einem Magengeschwür und es hatte sich um eine Blutung aus demselben gehandelt.

Blegvad weist darauf hin, dass es kein Risiko sei, Tonsillektomien ambulant zu machen; nur darf man die Muskulatur nicht verletzen.

Schmiegelow: Das Risiko der Nachblutung bei Tonsillektomie ist in der Tat ausserordentlich gering, falls man keine Verletzung der Muskulatur macht; andrerseits soll man in dieser Hinsicht nicht allzu sicher sein und die Operation auch nicht ambulant machen.

Buhl: Fall von Nasentuberkulose.

Es handelt sich um eine 41jährige Frau, erblich belastet, bei der niemals eine Erkrankung der Lungen nachgewiesen war. Sie litt seit langen Jahren an häufigem Nasenbluten, das immer heftiger wurde, so dass sie schliesslich aus Angst vor Verblutung nachts nicht allein bleiben konnte. B. sah sie Juli 1914, wo sie aufs äusserste anämisch war. Die Nasenschleimhaut war verdickt, granulierend, ohne eigentliche Ulzerationen. Sputum ohne Tuberkelbazillen, Lungenuntersuchung ergab keinen Befund. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose.

Sitzung vom 7. April 1915.

S. H. Mygind: Zwei Fälle von Fractura cranii mit eigentümlichem Ohrenspiegelbefund.

Schousboe: Abszess der Orbita und des Stirnlappens bei Empyem von Stirnhöhle und Siebbein.

39jähriger Mann, im Anschluss an eine Erkältung Stirnkopfschmerzen und erhebliche Schwellung der linken Augenlider; keine Chemosis, kein Doppelsehen. Rhinoskopisch sah man blutig-eitriges Sekret unter der linken mittleren Muschel. Da kurz nach der Aufnahme in die Klinik reichliche Eiterabsonderung an der linken Nase erfolgte mit augenblicklichem Nachlassen der Stirnkopfschmerzen, so wollte zuerst Pat. in die vorgeschlagene Operation nicht einwilligen. Als wieder stärkere Schmerzen auftraten bei anhaltendem reichlichen Eiterausfluss aus der linken Nase, wurde nach Killian operiert. Es fand sich nach der Inzision ein kleiner subperiostaler Abszess, von dem eine Fistel in der medialen Orbitalwand zu den Siebbeinzellen führte. Aufmeisselung der Stirnhöhle und Ausräumung des Siebbeins nach Killian.

Bald nach der Operation zeigte sich Pat. auffallend teilnahmslos und schlafsüchtig. Mehrere Male trat Erbrechen auf; Puls 52—58; keinerlei Herdsymptome,

jedoch Benommenheit. Augenspiegelbefund: Papillen etwas verschleiert. Kraniotomie. Dura nicht verändert. Probepunktion des Frontallappens ergibt Eiter; Inzision führt auf einen Abszess, aus dem sich ca. 100 ccm Eiter entleeren. Der Fall ging in Heilung aus.

Jörgen Möller hat einen Pat. behandelt mit starker eitriger Rhinitis, bei dem die Röntgenaufnahme ein deutliches Empyem der linken Kieferhöhle und des Keilbeins zeigte, während die Stirnhöhle anscheinend frei war. Es bestand ein subperiostaler Abszess der Orbita. M. operierte die Kiefer- und Keilbeinhöhle, räumte einige Siebbeinzellen aus. Am sechsten Tage nach der Operation ganz plötzlich Exitus. Ursache war ein Stirnlappenabszess, der vorher nicht die geringsten Erscheinungen gemacht hatte.

Schmiegelow: Man soll, wenn es sich um eine akute Sinusitis handelt, die zu Komplikationen geführt hat, sich nicht damit begnügen, eine Höhle zu eröffnen, sondern sie alle eröffnen; namentlich soll man die Stirnhöhle nicht vergessen. Er berichtet über den Fall eines Knaben, bei dem ganz plötzlich fieberhafte Erkrankung mit Protrusio bulbi infolge Retrobulbärabszess aufgetreten war. Oberkieferhöhle, Siebbein und Stirnhöhle waren voll Eiter. Nach Radikaloperation der Stirnhöhle und Eröffnung der Kieferhöhle gingen alle Erscheinungen zurück. Man soll in solchem Falle sich nicht mit der Drainage der Kieferhöhle begnügen, sondern stets auch die Stirnhöhle eröffnen und, wenn man Eiter in ihr findet, die Radikaloperation machen.

Thornval: Fall von eitriger Sinusthrombose mit Septikämie.

Jörgen Möller: Einige Fälle von subperiostalem Abszess am Proc. mastoideus.

Salomonsen: Demonstration einer Patientin mit Kehlkopftuberkulose.

Die Pat. — eine 36jährige Frau — war wegen tuberkulöser Ulzerationen des Kehlkopfes früher mit Elektrolyse, ferner nach Pfannenstill, mit Licht behandelt worden, alles ohne günstiges Resultat. Als sie im Mai 1913 in S.'s Behandlung kam, bestanden Ulzerationen auf den Stimm- und Taschenbändern und an der vorderen Trachealwand, sowie der Epiglottis. Mittels energischer operativer endolaryngealer Behandlung gelang es, völlige Heilung der Larynxtuberkulose zu erzielen.

Blegvad spricht über die Vernachlässigung, die in vielen Sanatorien der Kehlkopftuberkulose zuteil wird.

Schmiegelow hält es für das richtigste, wenn es eigene Abteilungen für Larynxtuberkulose in den Krankenhäusern gäbe, die eventuell mit der oto-laryngologischen Abteilung verbunden sein könnten.

Strandberg hält es für das richtigste, Spezialsanatorien für Larynxtuberkulose zu errichten.

Schmiegelow: Zwei Fälle von retrolaryngealem Pharynxkarzinom.

1. 45jährige Frau; an der Hinterwand des Hypopharynx eine taubeneigrosse blassrote, etwas schmutzig-graue granulierende Geschwulst, die sich bis in den

rechten Sinus pyriformis erstreckte. Larynx selbst normal. Es wurde zunächst die Tracheotomia inferior gemacht, dann die Pharyngotomia subhyoidea. Man sah dabei, dass die breitbasig aufsitzende Geschwulst sich tiefer nach unten erstreckte, als man erwartet hatte und bis in den Eingang des Oesophagus reichte. Es glückte, mit einer kalten Schlinge die Geschwulst mit der angrenzenden Schleimhaut abzuschnüren. Der Schnitt wurde, um Platz zu schaffen, nach unten verlängert, worauf es gelang, auch den Geschwulstteil im Anfang des Oesophagus zu entfernen. Tiefe Seidennaht, oberflächliche Bronzedrahtnaht; Einlegen einer Dauersonde in den Oesophagus. S. war sehr überrascht, die Geschwulst so ausgebreitet zu finden und zweifelte, ob es gelungen sei, sie radikal zu entfernen. Acht Monate nach der Operation befindet sich Pat. vollständig wohl; es ist kein Rezidiv aufgetreten. Er wird mit energischen Röntgenbestrahlungen nachbehandelt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein typisches Epitheliom handelte.

2. Es handelte sich um ein ausgebreitetes Plattenepitheliom des Pharynx bei einer 44jährigen Frau. Larynx frei. Keine Drüsenschwellungen fühlbar. Operation. Nach vorhergehender Tracheotomia inferior wurde die Pharyngotomia subhyoidea gemacht, wobei man konstatierte, dass die Geschwulst sich in den Oesophagus erstreckte und hier ringförmig war; es wurde daher die Totalexstirpation des Larynx, die transversale Resektion des Pharynx nebst Resektion eines 4 cm langen Stückes vom obersten Teil des Oesophagus gemacht. Ferner wurden einige periösophageale Drüsenmetastasen entfernt. Der Trachealstumpf wurde mit der Haut vernäht, der Pharynx mit Jodoformgaze austamponiert.

Der weitere Verlauf war kompliziert dadurch, dass eine Gangrän des Hautlappens über der Kanüle eintrat, so dass es unmöglich war, eine Pharynxplastik zu machen und den grossen Defekt in der vorderen Pharynxwand zu schliessen. Er bekam eine trichterförmige Metallprothese, mittels deren er imstande war, zu essen.

Sitzung vom 28. April 1915.

Hallas: Fremdkörper des Bronchus.

$3^1/_2$jähriges Mädchen hatte eine Nadel verschluckt; sofort darauf starker Husten und Erstickungsanfall, in den letzten Tagen frisches Blut im Auswurf. Röntgenaufnahme zeigte die Nadel im linken Bronchus mit dem Kopf nach unten. In Chloroformnarkose Tracheotomia inferior transversalis und im Anschluss daran Bronchoskopie. Es wurde nicht die mindeste Spur von dem Fremdkörper gefunden. Röntgenbild zeigte, dass die Nadel verschwunden war. Nach drei Tagen ging sie mit dem Stuhl ab. Das Kind muss die Nadel aufgehustet und dann verschluckt haben.

Schmiegelow berichtet über einen Fall, in dem ein aspirierter Fremdkörper nicht röntgenoskopisch nachzuweisen war, auch sonst keine Zeichen auf die Anwesenheit eines Fremdkörpers in der Lunge hinwies, so dass man glaubte, von einer bronchoskopischen Untersuchung absehen zu können. Pat. ging jedoch an einer tödlichen Hämorrhagie — wahrscheinlich infolge Ruptur der Lungenarterie — zugrunde. In einem andern Fall wurde ein 8jähriges Kind lange Zeit

im Sanatorium wegen angeblicher Lungentuberkulose behandelt; schliesslich stellte sich heraus, dass in der rechten Lunge ein Tapezierernagel sass. Bronchoskopie zeigte den Unterlappen der Lunge von stinkendem purulentem Schleim erfüllt. Beim Versuch, den Fremdkörper zusammen mit dem Rohr zu extrahieren, glitt der Fremdkörper beim Passieren der Glottis aus der Zange und die Röntgenaufnahme zeigte, dass der Fremdkörper in die linke Lunge aspiriert war. Jedoch war er in den Oberlappenbronchus aspiriert worden und es gelang nicht, ihn durch Bronchoskopie von dort zu entfernen. Längere Zeit danach wurde er spontan ausgehustet.

L. Mahler: Tödlich verlaufender Fremdkörperfall der Lunge.

4jähriges Kind, das ein Stück Blumendraht aspiriert hatte; der Fremdkörper lag in der Lunge über ein Jahr, hatte zu Bronchiektasien, multiplen Abszessen und chronischer Pneumonie der rechten Lunge geführt. Röntgenaufnahme zeigte keinen Fremdkörper, nach der Anamnese und dem stethoskopischen Befund war ein solcher zu vermuten. Bronchoskopie zeigte in der rechten Lunge Eiter, so dass nichts zu sehen war. Ein Strom dicken Eiters quoll in das Bronchoskop auf und wurde in die linke Lunge aspiriert. Der Tod kam durch die Aspiration des Eiters in die bis dahin gesunde linke Lunge zustande. Der Fremdkörper wurde in der Basis der rechten Lunge gefunden.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

III. Briefkasten.

Behördlicher Schutz gegen Heufieber.

Der Amerikanische Heufieberbund (American hay fever association) hat mit Hilfe des Städtischen Gesundheitsamts von New Orleans bei der Stadtverwaltung durchgesetzt, dass diese kürzlich eine Verordnung erliess, wonach Pächter, Besitzer oder Inhaber von Grundstücken auf diesen Gras und Unkraut nicht höher als 2 Fuss und an den angrenzenden Wegen nicht höher als 1 Fuss wachsen lassen dürfen. Zuwiderhandelnde werden mit einer Geldstrafe bis zu 5 Pfund oder Gefängnis bis zu 30 Tagen oder mit beidem bestraft. Eine ähnliche Verfügung wurde letztes Jahr vom Gesundheitsamt der Stadt New York erlassen.

Victor Horsley †.

In Amara am Tigris, wo er als konsultierender Chirurg tätig war, starb der bekannte englische Chirurg und Physiologe Sir Victor Horsley im 59. Lebensjahre. Horsley's, der sich grosse Verdienste auch um die Chirurgie der Schilddrüse und die Erforschung des Myxödems erworben hat, sei an dieser Stelle gedacht, weil er Semon's Mitarbeiter bei den im Jahre 1890 entstandenen experimentellen Arbeiten über die centrale motorische Innervation des Kehlkopfes war. In jener Zeit war Horsley „Professor Superintendent“ der Brown Institution, aus der jene Arbeiten hervorgegangen sind.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. **Oktober 1916.** **No. 10.**

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Polyak** (Budapest), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Oktober. 1916. No. 10.

I. J. Broeckaert †.

In London, wohin er sich nach der Besetzung seiner Vaterstadt Gent durch die Deutschen zurückgezogen hatte, starb im 49. Lebensjahre der rühmlichst bekannte belgische Laryngologe Jules Broeckaert. Die näheren Umstände, die zu seinem so frühen und gewiss von allen aufrichtig bedauerten Tode geführt haben, sind uns nicht bekannt geworden.

Broeckaert hat es durch seinen Fleiss, seine literarische Produktivität, die Gründlichkeit und den Ernst seiner wissenschaftlichen Arbeit bereits in frühen Jahren verstanden, sich nicht nur unter den Fachgenossen seines Landes den ersten Platz zu erobern, sondern auch bei den Laryngologen der ganzen Welt seinem Namen höchste Achtung und Anerkennung zu verschaffen. Wenn man bedenkt, dass ihm nur eine Schaffenszeit von zwei Jahrzehnten vergönnt war, so ist seine wissenschaftliche Arbeit, wie aus dem beigegebenen Verzeichnis seiner Veröffentlichungen hervorgeht, eine erstaunlich umfangreiche und vielumfassende gewesen. Dabei ist eine grosse Anzahl von Einzelmitteilungen, die er in der belgischen und niederländischen Fachgesellschaft, auf Kongressen usw. vorgetragen hat, in diesem Verzeichnis nicht enthalten. Die Hauptarbeit seines Lebens betrifft die Frage von der Innervation des Kehlkopfes. Sie ist hauptsächlich enthalten in der 1902 erschienenen und auf experimentelle Untersuchungen im Genter physiologischen Universitätslaboratorium gestützten Ab-

handlung „Etude sur le nerf récurrent laryngé“ und der 1909 veröffentlichten Monographie „Les paralyses récurrentielles“. Beide Arbeiten, die einen Auszug aus einer grossen Serie von Artikeln in der „Presse oto-laryngologique belge“ darstellen, geben eine Gesamtübersicht über die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Rekurrens und enthalten eine Fülle von experimentellen Beiträgen des Verfassers zur Lösung der hier in Betracht kommenden schwierigen und zum Teil noch immer kontroversen Probleme. Der Frage von der Lage der kortikalen und bulbären Kehlkopfzentra, von der Beteiligung des Sympathikus an der Kehlkopfinnervation, vom Ursprung des Rekurrensstammes, von der zentripetalen Leitung des N. recurrens, von der grösseren Vulnerabilität der Postikusfasern, — allen diesen Fragen ist Broeckaert durch physiologische Experimente, histologische Untersuchungen und klinische Beobachtungen auf den Grund gegangen und dabei dank seiner ausgezeichneten Kritik, Beobachtungsgabe und Gründlichkeit zu Ergebnissen gelangt, die — wenn sie auch denen anderer Forscher oft entgegengesetzt sind — doch stets als im höchsten Grade beachtenswert gelten müssen. Als er mit der Aufgabe betraut wurde, auf dem Internationalen medizinischen Kongress in Budapest ein kritisches Referat über den gegenwärtigen Stand der Rekurrensfrage abzustatten, löste er diese Aufgabe mit ausgezeichnetem Geschick.

Ein Lieblingsthema Broeckaert's war ferner die Behandlung der Ozaena mittels Paraffininjektionen; er ist in einer grossen Anzahl von Arbeiten immer wieder für diese Behandlungsmethode auf das wärmste eingetreten und hat ihre Technik auch durch Angabe einer höchst zweckmässigen und viel gebrauchten Spritze gefördert. B. hat es sich stets angelegen sein lassen, die Erfahrungen und Beobachtungen, die er im Laufe seiner ausgedehnten praktischen Tätigkeit machte, wissenschaftlich zu verwerten; Mitteilungen aus den verschiedensten Gebieten unserer Disziplin, insbesondere über seltene Geschwulstformen, Beiträge zur Chirurgie des Tränenkanals, der Hypophysistumoren, der Nasendeformationen usw. stellen das Ergebnis dieser Beobachtungen dar.

Broeckaert war ein eifriger Besucher medizinischer Kongresse, bei deren Verhandlungen er stets durch die Fülle und Gediegenheit seiner wissenschaftlichen Darbietungen und durch die glänzende Art seines Vortrages sich auszeichnete. Wir haben des öfteren Gelegenheit gehabt, bei solchen Veranstaltungen mit ihm zusammenzutreffen und haben ihn als einen sympathischen und liebenswürdigen, dabei aber energischen und zielbewussten Menschen kennen gelernt. Sein Andenken wird in Ehren bleiben.

Finder.

Verzeichnis von Broeckaert's Arbeiten.

Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx. Revue de laryng. No. 15. 1895.

De l'amygdalite lacunaire aigue. La Belgique méd. No. 24. 1896.

Hémorrhagie tardive grave à la suite de l'amygdalotomie. Ibidem. No. 20. 1897.

De l'empyème du sinus maxillaire. Ibidem. No. 12. 1897.

De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngée. Ibidem. No. 5. 1889.

Sur l'étiologie de certaines anomalies congénitales du voile du palais. Bull. de la soc. de méd. de Gand. Juni 1899.

Notes sur un cas de sarcome mélanique du voile du palais. Annales de la soc. de méd. de Gand. Juni 1899.

Traitement des papillomes diffuses du larynx chez les enfants. La Belgique méd. No. 36. 1900.

Un cas d'anosmie traumatique. Soc. de méd. de Gand. 1900.

Du traitement de l'épistaxis. La Belgique méd. 1900.

A propos d'un cas de sinusite fronto-éthmoidale opéré d'après le procédé de Luc. Ibidem. 1900.

Prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine solide d'après le procédé d'Eckstein. Soc. méd. de Gand. 1901.

Sur la transformation des polypes muqueux des fosses nasales en tumeurs sarcomateuses. Rev. hebdom. de laryng. No. 24. 1901.

Opacités du corps vitré et décollement rétinien à la suite de sinusite éthmoido-frontale. La Belgique méd. 1901.

Accidents rhumatismaux consécutifs à l'ablation des végétations adénoides. Ibidem. No. 46. 1901.

Etude sur le nerf récurrent laryngé; son anatomie et sa physiologie normale et pathologique. La Presse oto-laryng. Belge. No. 11. 1902.

De la prétendue vulnerabilité du M. crico-arytaenoid. posticus. Rhino-laryng. Sektion des XIV. Internat. Kongresses zu Madrid.

Nouvelle contribution à l'étude des perforations acquises et congénitales du voile du palais. La Presse oto-laryng. Belge. No. 9. 1902.

Les injections de paraffin appliqués en traitement de l'ozène. La Belgique méd. No. 42/43. 1903.

Deux cas de paralysie récurrentielle avec examen histologique des muscles et des nerfs du larynx. La Presse oto-laryng. Belge. No. 2. 1904.

Rhinite végétante. Belg. rhino-oto-laryng. Gesellschaft. 11./12. Juni 1904.

Resektion des Rekurrens und des grossen Halssympathikus beim Affen und Kaninchen. Ebenda.

Quelques notes sur la cure radicale de la sinusite fronto-éthmoidale chronique. Soc. de méd. de Gand. 1904.

Du procédé de choix pour l'ouverture de l'orifice supérieur du larynx. La Presse oto-laryng. Belge. No. 12. 1905.

Sur les injections à froid de paraffine. La Belgique méd. No. 37. 1904.

Prothèse nasale par l'action combinée d'une autoplastic et d'injections de paraffine. Ibidem. No. 46. 1904.

Quelques mots de ses recherches sur l'innervation motrice du larynx chez le singe. Ibidem. No. 10. 1904.

Recherches sur les artères du larynx. La Presse oto-laryng. Belge. No. 5. 1904.

Examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie récente du récurrens laryngé. Soc. de méd. de Gand. 1905.

Contribution à la chirurgie de l'oesophagus. La Belgique méd. No. 26. 1905.

Contribution à l'étude de la pathogénie des cystes séreux du cou. Ibidem. No. 40. 1905.

La cure radicale des pansinusites de la face. Soc. méd. de Gand. 1905.

Ethmoidectomie. La Belgique méd. No. 26. 1905.

Ablation d'un polype fibreux du naso-pharynx par la voie transmaxillo-nasale. Ibidem. No. 43. 1905.

Endothéliome éthmoidal. La Presse oto-laryng. Belge. No. 3. 1905.

Bemerkungen zu den Aufsätzen der Herren Dr. Dorendorf und Prof. Paul Schulz: „Ueber die zentripetale Leitung des Nervus recurrens usw." Archiv f. Laryng. Bd. 16.

Sur l'étiologie de l'ozène. Soc. de méd. de Gand. 1906.

Traitement de l'ozène. La Presse oto-laryng. Belge. 1906.

Lymphosarcome de l'amygdale consécutif à une sarcome latente de l'estomac. Soc. de méd. de Gand. 1906.

Etude sur l'innervation vaso-motrice du larynx. La Presse oto-laryng. Belge. 1907.

Etude histologique de l'inclusion de la vaseline et de la paraffine dans les tissus. Ibidem. 1906.

Les nerfs sympathiques du larynx. Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique. No. 4. 1907.

Paralysies récurrentielles d'origine cérébrale. La Presse oto-laryng. Belge. No. 5. 1908.

Ueber bulbäre Zentren der Kehlkopfnerven. Berliner laryng. Ges. 1908.

Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez. La Presse oto-laryng. Belge. 1908.

Zur Kenntnis der Veränderungen in den Kehlkopfmuskeln nach Durchschneidung des Rekurrens. Archiv f. Laryng. Bd. 21.

A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle. Revue hebdom. de laryng. No. 49. 1909.

Les paralysies récurrentielles. Brüssel 1909.

Surdité verbale et névrite optique par tumeur du lobe temporal gauche. Journ. de chir. 1909.

Avantages, inconvénients et dangers de l'ablation des amygdales palatines. La Presse oto-laryng. Belge. 1910.

Gegenwärtiger Stand der Rekurrensfrage. Referat auf d. Internat. med. Kongress in Budapest 1909.

Deformation du nez. La Clinique. 1910.

Goîtres et cancers cervicaux énophthalmiques avec paralysie récurrentielle. Revue hebdom. de laryng. No. 53. 1910.

Névralgie nasale. Annales des maladies de l'oreille. Bd. 30. No. 1.
Ein merkwürdiger Fall von Kardiostenose mit Speiseröhrenerweiterung. Vlaamsch Natuur- en Gen.-Congres. 1910.
Ein Fall spontaner Heilung eines malignen Tumors. Zeitschr. f. Laryng. 1912.
A propos du traitement chirurgical du goître exophthalmique. La Presse oto-laryng. Belge. 1911.
Une tumeur rare de la langue. Soc. Belge de chir. 1912.
Abtragung des Tränensackes mit Nasendrainage ohne sichtbare Narbe. XV. Flämischer Kongress für Naturwissenschaft und Medizin.
Traitement chirurgical des tumeurs de l'hypophyse. Le Larynx. No. 1. 1913.
Quelques interventions pour tumeurs de la trachée. La Presse oto-laryng. Belge. No. 3. 1913.
A propos d'un cas de goître suffocant. Soc. Belge de chir. 1913.
Considérations pratiques au sujet de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens. Le Larynx. No. 9. 1913.
Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage chez les enfants. Ibidem. No. 4. 1913.
Nouveau procédé rhinoplastic. Journ. de chir. 1913.
Beitrag zum Studium spontaner Heilung gewisser bösartiger Larynytumoren. Zeitschrift f. Laryng. Bd. 7. 1914.
Les tumeurs du médiastin au point de vue laryngologique. Bull. de la soc. Belge d'otologie etc. Juli/September 1914.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **Otto Zschunke. Ueber Endotheliome der oberen Luftwege.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1916.*

Mitteilung von 4 Fällen: Fall I Grosser Tumor des Gaumens; Endothelioma alveolare proliferans (nach Borst). Fall II Plexiformes Basalzellencarcinom an der linken Schläfenseite und kleinerbsengrosser Tumor am knorpligen Septum, der sich als Haemangioendotheliom erweist. Fall III Plexiformes Endotheliom am Nasenrücken. Fall IV Lymphangioendotheliom am Nasenflügel.

Alle vier Tumoren verhielten sich ziemlich gutartig. In keinem Fall fand sich Metastasenbildung oder Beteiligung der regionären Lymphdrüsen. Alle vier Tumoren zeigten einen ziemlich protrahierten Verlauf. In keinem Fall ging die Geschwulst stark in die Tiefe, niemals fanden sich starke Verwachsungen mit der Tiefe oder tiefer greifende Zerstörungen des knorpligen oder knöchernen Gesichtsskelettes. Was die Rezidivbildung anbetrifft, so war eine solche in zwei Fällen zweifelhaft, in einem Fall konnte keine Beobachtung gemacht werden und im vierten Fall war sicher ein Rezidiv vorhanden.

FINDER.

2) **Nobl** (Wien). **Lichen ruber der Genitalschleimhaut.** *Dermatol. Wochenschr. Bd. 30. 1916.*

In einer Serie von 26 Fällen von Lichen ruber fand sich 3 mal Lichen der Genitalschleimhaut und dabei typischer Lichen der Mundhöhle: Zungen- und Wangenschleimhaut. Die simultane Erscheinung der Veränderungen an diesen Standorten kann nur in der Vulnerabilität dieser Schleimhautgebiete und ihrer gleichzeitigen andauernden Irritation gesucht werden. SEIFERT.

3) **L. Schmitt** (Würzburg). **Ueber ein multizentrisch in der Orbital- und Paratrachealgegend auftretendes Haemangioma teleangiectaticum mit infiltrierendem Wachstum.** *Centralbl. f. allg. Pathol. Bd 27. H. 7. 1916.*

Bei einem $^1/_4$jährigen Mädchen sollte ein Tumor aus der rechten Augenhöhle entfernt werden, die Totalexstirpation unterblieb wegen starker Blutung. Einige Tage später Exitus. Nach Sektion der Halseingeweide fanden sich hämangiomatöse Massen entlang der Trachea etwa bis zur Höhe des Ringknorpels sich fortsetzend. Inneres des Larynx und der Trachea frei. SEIFERT.

4) **Y. Tamemori. Untersuchungen über die Thymusdrüse im Stadium der Altersinvolution.** *Virchow's Archiv f. path. Anat. Bd. 217.*

T., der unter Hart arbeitete, kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die mit Beginn der Pubertät einsetzende Altersatrophie der Thymusdrüse beruht auf einer Degeneration der Parenchymzellen und einer Vakatwucherung des Fettgewebes.
2. Die Altersinvolution der Drüse erstreckt sich fast über das ganze Leben, führt aber niemals zu einem völligen Schwunde des Parenchyms.
3. Die Altersinvolution kann unter dem Einfluss toxisch-infektiöser Prozesse sich mit einer pathologischen Involution kombinieren.
4. Die Zahl der Hassall'schen Körperchen vermindert sich entsprechend dem Schwund des Parenchyms. Jedoch findet bis ins hohe Alter des Individuums eine Neubildung Hassall'scher Körperchen statt.
5. Es ist zu vermuten, dass auch die Funktion der Thymusdrüse nie vollständig erlischt. DREYFUSS.

5) **C. Hart. Thymusstudien. IV. Die Hassall'schen Körperchen.** *Virchow's Archiv f. path. Anat. Bd. 217.*

H. glaubt, dass, um zu einiger Sicherheit über die Bedeutung der Hassall'schen Körperchen zu kommen, man Folgendes feststellen müsse: Wie verhält sich Zahl und Grösse der Hassall'schen Körperchen zu dem Zustande der Thymus und in bezug insbesondere auf solche Erkrankungen des Organismus, die mit einer Alteration des Organs verbunden sind? Welche Bedeutung haben die bekannten degenerativen Vorgänge, und wodurch wird ihr Ablauf und ihre Art bedingt?

In welchem Maasse und vielleicht unter welchen besonderen Einflüssen findet in den verschiedenen Lebensaltern eine Neubildung Hassall'scher Körperchen statt? — Auf Grund seiner anatomischen Studien kommt Hart zu dem Ergebnis, dass ihm Folgendes sicher zu sein scheint:

Da die Hassall'schen Körperchen vom frühen intrauterinen bis zum späten Extrauterinleben ständig neu gebildet werden und die Intensität dieser Neubildung nicht nur, soweit wir nach dem Organzustand urteilen können, der physiologischen Inanspruchnahme der Parenchymtätigkeit entspricht, sondern auch pathalogischen Veränderungen der Thymus parallel geht, namentlich in Fällen krankhaft vermehrter Organwirkung auf den Organismus gesteigert ist, so muss man schliessen, dass während des ganzen Lebens das Bedürfnis zur Produktion spezifischen Parenchyms besteht, aber zur Zeit der Kindheit am stärksten ist, um später nur unter pathologischen Verhältnissen sich neu zu beleben. DREYFUSS.

6) **M. H. Gordon. Desinfektion des Nasenrachenraums bei Meningokokken-Trägern. (Desinfection of the naso-pharynx of meningococcus-carriers.)** *Brit. med. journ. 1. Juni 1916.*

Aus den Untersuchungen des Verf. geht hervor, dass, wenn man die Luft eines Raumes mit Dampf sättigt, der 2 pCt. Chloramin enthält, und diese Luft durch die Nase einatmen lässt, die Meningokokken aus dem Nasenrachenraum prompt verschwinden. Die Luft kann 6—20 Minuten lang eingeatmet werden ohne dass irgend welche Beschwerden sich bemerkbar machen. FINDER.

7) **Walter Lathrop** (Hazleton, Pa.). **Verletzungen am Kopf und Gesicht. (Head and face injuries.)** *Internat. journ. of surg. Mai 1916.*

L. sah 56 Fälle von Verletzungen der Nase, des Ober- wie Unterkiefers (die anderen Verletzungen sind für den Laryngologen nicht von Interesse). Die ersteren wurden behandelt mit Tamponade, nachdem etwaige Fragmente in die Höhe gehoben waren. Bei den Frakturen des Oberkiefers ist eine konservative Behandlung am Platze. Bei denen des Unterkiefers wurden die Fragmente zusammen gebunden, und dann noch der Ober- und Unterkiefer durch eine Binde festgestellt.

FREUDENTHAL.

8) **Glas** (Wien). **Zum Kapitel der Nasen- und Halsverletzungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 345. 1916.*

Im Verlaufe von 5 Monaten sah Glas als Leiter einer rhinolaryngologischen Abteilung des Reservespitales Nr. 1 in Wien 72 Fälle von Kehlkopf- und Nasenverletzungen. Einzelne der Krankengeschichten werden kurz mitgeteilt. Die Kehlkopfverletzungen kamen alle 19 Fälle durch Schusswirkung zustande. Diese Schussverletzungen des Kehlkopfes sind mannigfacher Art: 1. Die Kugel trifft tangential das vordere Gebiet des Schildknorpels und führt zu Perichondritis oder zu Granulationsbildung in der vorderen Kommissur. 2. Die Kugel durchsetzt den Kehlkopf auf Stimmbandhöhe: Perichondritis, Granulationsbildung, Synechien, völliger Verschluss. 3. Der Kehlkopf wird auf der Höhe der Taschenbänder durchschossen, ohne stärker geschädigt zu werden. 4. Die Kugel trifft den N. recurrens; Stimmbandlähmung, Heilung fraglich. 5. Durch das Geschoss Hämatombildung im Bereich des N. recurrens und Stimmbandlähmung. Prognose besser als bei 4.

Die nasalen Verletzungen sind oft mit Läsion der anliegenden Organe vergesellschaftet. Namentlich häufig werden die Nebenhöhlen der Nase mitgetroffen und müssen später wegen Eiterung eröffnet und ausgekratzt werden.

Glas sah auch eine Trachealverletzung und zwar durch Lanzenstich. Da vorerst eine Kanüle nicht zur Hand war, so wurde anfänglich ein Drainrohr in die Luftröhre eingelegt. Später, als man versuchte die Kanüle zu entfernen, traten Erstickungsanfälle auf. Tracheoskopische Untersuchung: Larynx normal; Trachealstenose durch Granulationsbildung. Dilatationsbehandlung vorgesehen.

OPPIKOFER.

9) **T. G. Orr** (Kansas City, Mo.). **Ein Fall von Beta-Eukainvergiftung. (A case of beta eucain poisoning.)** *Journ. amer. med. assoc. 10. Juni 1916.*

Patient, ein 60jähriger, kräftiger Farmer, der wegen einer doppelten Hernie und Hydrozele operiert wurde, erhielt etwa 0,18 Beta-Eukain subkutan. Gleich nach Beendigung der Operation profuse Schweisse. Zwei Stunden später Gesichtsvenen stark geschwollen, Haut kalt, Pupillen kontrahiert. Bald darauf Puls nicht fühlbar. Cheyne-Stokes. Es wurde Epinephrin wiederholt gegeben, aber erst 12 Stunden nach der Operation waren Puls und Respiration zufriedenstellend. Am nächsten Tage vollständige Euphorie. Am 5. Tage aber plötzlicher Exitus letalis infolge von Embolie.

FREUDENTHAL.

10) **Fioer** (Essen, Ruhr). **Ein schmerzstillendes Gurgel- und Mundwasser.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. S. 701. 1916.*

Empfehlung des bekannten Ritser'schen Subkutin-Mundwassers zur symptomatischen Schmerzstillung bei Mund- und Halserkrankungen. Dass das Mundwasser schon vor Jahren für den gleichen Zweck von Avellis empfohlen wurde, scheint F. unbekannt zu sein. (Ref.)

R. HOFFMANN.

11) **C. B. Williams. Hexamethylenamin (Urotropin) bei Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses. (Hexamethylenamin in diseases of the ear, nose and throat.)** *Texas state journ. of med. April 1916.*

Früh eingenommen soll Urotropin den Verlauf von Rhinitis acuta milder machen und abkürzen. Bei frischen Nebenhöhlenentzündungen soll die Eiterung schnell zum Aufhören gebracht werden. (Es kann Albuminurie durch das Mittel erzeugt werden. Ref.)

OTTO T. FREER.

12) **Erwin Freund** (Berlin-Steglitz). **Reflektor in einem Brillengestell.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. S. 422. 1916.*

Die eine Oeffnung der Fassung (Metall, Horn, Kunstmasse) enthält den zentral durchbohrten Reflektor, die andere kann entweder frei gelassen oder durch ein geeignetes Brillen- oder Vergrösserungsglas ausgefüllt werden. Erforderlichen Falls wird der Nasensteg mit einem oder mehreren Gelenken versehen, damit der Reflektor genau eingestellt werden kann

R. HOFFMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

13) **Alfred Brüggemann. Ueber sogenannte weiche und harte Papillome der Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 97.*

Verf. teilt je einen Fall von sogenanntem weichem und hartem Papillom der Nase mit und bespricht an ihrer Hand die Einteilung der Nasenpapillome nach

Hopmann und nach Brock. Obwohl die beiden Fälle aus der Tiefe des Naseninnern stammen und daher nach der Brock'schen Einteilung gleichwertig neben einander zu stellen wären, unterscheiden sie sich doch trotz mancher Aehnlichkeiten wesentlich von einander. Im ersten Fall handelt es sich um eine rein entzündliche Neubildung, die mit echten Tumoren nichts zu tun hat und für die eigentlich die Bezeichnung „Granulom" angebracht wäre, während es sich im zweiten Fall um einen echten Tumor, ein hartes Papillom oder — histologisch gesprochen — ein papilläres Fibroepitheliom handelt.

Beide Fälle zeigen, dass für die Einteilung der Papillome nicht immer der Sitz der Wucherungen und der klinische Befund allein maassgebend ist, sondern in erster Linie wenn möglich stets das pathologisch-anatomische Bild das Einteilungsprinzip abgeben soll.

FINDER.

14) **Charles E. Allen. Fibroadenom der Nase. Beschreibung eines Falles. (Fibroadenoma. Report of a case.)** *The journal of ophthalmology, otology and laryngology. März 1916.*

Das harte Gewächs hatte seinen Ursprung auf der rechten unteren Muschel. Es füllte den Nasenrachenraum aus und drängte sich von hinten in beide Choanen hinein, auf der Nasenscheidewand reitend. Der Stiel des Tumors wurde mit der Struyken'schen Zange durchgeschnitten. Die Geschwulst wurde dann in den Rachen hinuntergestossen und vom Munde aus entfernt.

OTTO T. FREER.

15) **H. Arrowsmith. Malignes Hypernephrom der Siebbeingegend. (Malignant hypernephroma of the ethmoidal region.)** *The Laryngoscope. Mai 1916.*

Die Geschwulst verstopfte das linke Nasenloch eines 56jährigen Negers, wiederholt starke Blutungen verursachend. Untersuchung des Unterleibs zeigte eine deutliche Masse im rechten oberen Bauchquadranten. Es bestanden viele Verdichtungsherde in beiden Lungen und eine hühnereigrosse Geschwulst im rechten Supraklavikularraum. Mikroskopische Untersuchung des Nasengewächses zeigte die histologischen Eigentümlichkeiiten eines der seltenen, viele Metastasen erzeugenden, in den Nieren entspringenden Tumoren, welche den Namen Hypernephrom tragen.

Das Nasengewächs wurde nach der Moure'schen Methode der lateralen Rhinotomie nach Unterbindung der Carotis externa entfernt. Trotzdem Tod wegen Blutverlust 3 Stunden nach der Operation.

OTTO T. FREER.

16) **L. W. Dean. Die Beherrschung der Blutung in den grösseren Operationen an der Nase und den Kiefern. (The control of hemorrhage in more extensive operations on the nose and jaws.)** *The Laryngoscope. Mai 1916.*

Bei Entfernung des Oberkiefers wegen bösartiger Tumoren mit metastatisch infizierten Halsdrüsen zieht der Verfasser eine zweizeitige Operation vor, indem er die Drüsen erst drei oder vier Wochen nach der Kieferoperation entfernt. Die gleichzeitige Operation ist zu eingreifend. Um das Blut am Eindringen in die Luftröhre zu verhindern wird eine hohe Tracheotomie gemacht und die Luftröhre bis an die Kanüle tamponiert.

Unterbindung oder Kompression der Carotis communis ist deshalb oft gegen Blutung im Gebiet der Carotis externa unwirksam, weil Anastomosen in der Schädelhöhle zwischen beiden Carotides internae einen Blutstrom nach rückwärts bis in die Carotis externa der operierten Seite ermöglichen. Ligatur der Carotis externa soll oberhalb der A. thyreoidea superior gemacht werden, weil Unterbindung nahe der Bifurkation einen, die Carotis interna erreichenden Thrombus erzeugen könnte, so dass durch weggeschwemmte Teile desselben eine Gehirnembolie entstehen könnte und auch nach Berichten entstanden sei. OTTO T. FREER.

17) **E. Storath. Ein Fall von Hypernephrommetastase in der Nasenhöhle, nebst Vorschlägen zur Operation der malignen Nasentumoren überhaupt.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 157.*

Bericht über einen 58jährigen Mann, der an einem Tumor der rechten Nasenhälfte litt. Es war mehrere Male operiert worden, auch radikal nach Denker, jedoch traten immer wieder Rezidive auf. Die mikroskopische Diagnose der entfernten Geschwulstmassen hatte erst auf „Granulom“, dann auf „Carcinom“, dann auf „Peritheliom“ gelautet, schliesslich ergab sich, dass der Tumor den Bau eines Hypernephroms hatte. Die rechte Niere wurde als etwas vergrössert gefühlt. bald darauf zeigte die Röntgenphotographie zahlreiche Lungenmetastasen. Es traten häufig spontane Blutungen aus dem Tumor auf; zunehmende Anämie und Kachexie; zwei Monate nach Beginn der Beobachtung trat Exitus ein.

Die Sektion ergab rechtsseitigen Nebennierentumor der Niere; Tumor (Metastase?) der linken Nebenniere, Tumormetastasen in den mediastinalen und peribronchialen Drüsen. Der Nasentumor zeigte den typischen Bau des Hypernephroms.

Ein auffallendes Symptom war die Pulsation des Tumors, die an dem Rezidiv nach der Denker'schen Operation beobachtet wurde. Verf. meint, man solle bei einem malignen Nasentumor, bei dem die übrigen Symptome für Carcinom sprechen, an ein Hypernephrom denken, wenn Blutungen das klinische Bild beherrschen und Pulsation des Tumors besteht. Eine Radikaloperation hält Verf. in diesen Fällen nur gerechtfertigt, wenn es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine singuläre Metastase handelt, das Allgemeinbefinden vorzüglich ist und keine Beschwerden von Seiten des primären Tumors vorliegen; die Operation soll dann in Verbindung mit der des primären Tumors gemacht werden.

Verf. bespricht zum Schluss die Frage der Operation maligner endonasaler Tumoren überhaupt. Er glaubt, dass man bei Carcinomen der unteren Etage die Oberkieferresektion mit eventueller Ausräumung auch des vorderen Siebbeins ausführen soll; bei Tumoren der oberen Etage sind die radikalen extranasalen Operationsmethoden nach der Richtung hin auszubilden, dass man die Freilegung der Dura der Basis der vorderen Schädelgrube anstrebt. FINDER.

18) **Jean Louis Burckhardt** und **Ernst Oppikofer. Untersuchungen über den Perez'schen Ozaenaerreger.** Aus der bakteriol. Abt. des pathologisch-anatomischen Instituts (Prof. Hedinger) und der oto-laryngol. Universitätsklinik (Prof. Siebenmann) in Basel. *Archiv. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 1. S. 15.*

Perez konnte aus dem Nasensekret von Ozaenakranken einen Bazillus

„Coccobacillus foetidus ozaenae" isolieren, den er in der Nasenhöhle des Menschen nur bei der Ozaenaerkrankung und niemals im normalen Zustande nachweisen konnte; desgleichen wurde dieser Bazillus beim Hunde gefunden und auf Grund dieses Befundes, sich weiterhin stützend auf das Tierexperiment, auf Krankengeschichten, welche beweisen sollen, dass jeder Fall von Ozaena von einem anderen oder von einem Hunde herstamme und endlich auf die Erfolge der Vakzinetherapie, gelangte Perez zur Annahme, dass die Ozaena eine Infektionskrankheit sei. Bei der Bedeutung, die die Ozaena in der Pathologie spielt, glaubten die Verff. die Versuche nachprüfen zu müssen und bedienten sich zu diesem Zwecke zweier Stämme von Perezbazillen, welche ihnen zur Verfügung gestellt wurden. Die Versuche wurden an Kaninchen ausgeführt. Die Resultate decken sich mit denen von Perez nicht und auch nicht mit den gleichen von Hofer und anderen, so dass die spezifische Rolle des Perez'schen Bazillus wohl mehr als zweifelhaft ist. Eine chronische Rhinitis oder Atrophie der Nasenschleimhaut konnte im Versuch nicht erzeugt werden. Was den Coccobacillus foeditus ozaenae von Perez selbst anlangt, so ist er ein dem Abel-Löwenberg'schen Ozaenabakterium, dessen Bedeutung bekanntlich auch von vielen angezweifelt wird, äusserst nahestehendes Stäbchen.

B. BAGINSKY.

19) **Dan McKenzie. Rhinitis atrophicans und Tuberkulose.** *The journal of laryng., rhinol. and otol. Bd. 31. No. 5. 1916.*

Verf. berichtet über die Beziehungen, die er zwischen Tuberkulose und Ozaena hat konstatieren können. Bei der Mehrzahl der Autopsien (68 pCt.) von Individuen, die an Ozaena litten, hat er tuberkulöse Veränderungen in den Lungen finden können. Die klinische Untersuchung der Ozaenakranken ergab in 20 pCt. bis 58pCt. der Fälle manifeste tuberkulöse Veränderungen; bei 46pCt. bis 90pCt. fanden sich tuberkulöse Erkrankungen in der Familie. Bei 80 pCt. der unter 15 Jahre alten Ozaenakranken war der Pirquet positiv; die subkutane Tuberkulinreaktion fiel bei 34 pCt. positiv aus. Verf. hat nach dem Vorschlag von Mackeith in 13 Ozaenafällen eine Behandlung mit Tuberkulin versucht. In 7 Fällen erzielte er erhebliche Besserung, in 3 Fällen Besserung und in 2 Fällen Besserung mit nachfolgender Verschlechterung. Ein Fall wurde nicht beeinflusst. Unter Besserung versteht Verf. das Verschwinden des Foetors, das Verschwinden oder doch erhebliche Nachlassen der Borken und schliesslich eine Verringerung der Sekretion. Verf. glaubt, dass der säurefeste Bazillus, den man häufig in den Borken findet, eine Varietät des Tuberkelbazillus darstellt, und dass die Ozaena betrachtet werden muss als eine paratuberkulöse Erkrankung ebenso wie der Lupus erythematodes und die Conjunctivitis phlyctaenulosa.

FINDER.

20) **N. Rh. Blegvad: Behandlung der Ozaena mit Paraffininjektionen. (Behandling of ozaena med paraffininjection.)** *Ugeskryft for laeger. No. 4. 1915.*

Verf. hat seit $3^1/_2$ Jahren mittels der Paraffinmethode 30 Patienten behandelt (25 Frauen, 3 Männer und 2 Kinder von 14 Jahren). Vier poliklinische Patienten entzogen sich der Behandlung, in einem Fall war die Behandlung noch nicht abgeschlossen, von den übrigen 25 wurde vollständige Besserung erzielt bei 13,

Besserung bei 11, während 1 Fall unbeeinflusst blieb. Bei 5 dieser Patienten besteht die Heilung resp. Besserung seit 2—3 Jahren. Die gebesserten Fälle kommen mit einer einmal wöchentlich ausgeführten Nasendouche aus, während sie vorher die Ausspülungen täglich machen mussten. Verf. spritzte das Paraffin nicht in die Schleimhaut, sondern unter das Perichondrium resp. Periost der unteren Muscheln und des Septums; er hebt auf diese Weise die Schleimhaut möglichst von ihrer Unterlage ab. Er wendet das von Stein (Wiesbaden) angegebene Paraffingemisch von 51° Schmelzpunkt an. Als Komplikationen hat Verf. beobachtet: Blutung an der Injektionsstelle am Septum. In dem einen Falle war die nachts auftretende Blutung recht stark, kam aber spontan zum Stehen. In 2 Fällen kam es zu einem Abszess am Septum; beide heilten nach Entleerung des Eiters, ohne Folgen zu hinterlassen. Der Erfolg hängt in hohem Grad von dem Zustand der Schleimhaut ab; je grössere Atrophie der Schleimhäute und Knochen vorhanden ist, desto geringere Chance besteht dafür, dass man grössere Mengen Paraffin injiziert und desto geringer sind die Aussichten auf Heilung resp. Besserung. Zum Schluss ermahnt Verf. die Schulärzte, den Anfängen der Krankheit ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

FINDER.

21) **F. Smoler. Ueber einen operierten Fall von zystischem Hypophysentumor.** *Prager med. Wochenschr. No. 8. 1915.*

14jähriger Patient bemerkt, dass seine Sehkraft allmählich abnimmt; Visus rechts: fast vollkommene Amaurose (nur schwache Lichtempfindung); links: Fingerzählen auf 2 m; die Röntgenbilder zeigten eine sehr starke Exkavation der Sella, sonst ausgeprägte Impressiones digitatae und Juga cerebralia. Operation nach Schloffer. Der Tumor erwies sich als Zyste, durch deren Entleerung jedenfalls eine Druckentlastung in der Schädelkapsel erfolgt ist, so dass bei der 18 Tage nach der Operation vorgenommenen Augenuntersuchung links Fingerzählen auf 4 m gestiegen war. Nach dreiwöchigem Wohlbefinden tritt im Anschluss an einen Schnupfen Meningitis und Exitus letalis ein. Der Verlauf dieses Falles lehrt in praktischer Beziehung jedenfalls, dass ein Katarrh der Nase bei einem operierten Hypophysentumor von ernster Bedeutung ist und dass wir in erhöhtem Masse bemüht sein müssen, solche operierte Fälle davor zu bewahren, einen Schnupfen zu akquirieren. (Die Operationsöffnung fand sich bei der Sektion noch nicht vernarbt, sondern noch weit offen.)

STEINER (PRAG).

22) **Gunnar Holmgren. Ueber einen Fall von Hypophysentumor, erfolgreich nach Hirsch operiert.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 39.*

Einige Tage nach der Operation trat hohes Fieber auf mit Nackenschmerzen und gleichzeitig verschlechterter Sehkraft, was Verf. damit erklärt, dass die undrainierte Keilbeinhöhle und das Loch im Hypophysentumor sich mit Blut gefüllt haben, das nicht völlig steril war. Nach ein paar Tagen Entzündungserscheinungen mit erhöhtem lokalen Druck, die erst ganz allmählich zurückgingen. Nachher trat jedoch eine sehr erhebliche Besserung der Sehschärfe ein.

FINDER.

23) **Rudolf Hoffmann** (München). **Ueber die pernasale Eröffnung der Sella turcica.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 111.*

Verf. macht die Hirsch'sche Operation mit einigen Modifikationen. Um den Wundsekreten einen guten Abfluss zu sichern, trägt er am Schluss der Operation den Schleimhautsack, welchen die Septumblätter und die Mukosa der Vorderwand der Keilbeinhöhle darstellen und dessen Bildung und Erhaltung im Interesse blutarmen Operierens wünschenswert ist, ab. Ferner wendet sich H. gegen das Ausschneiden der Zystenwand und das Exkochleieren des soliden Tumors mit dem scharfen Löffel, da man dabei Gefahr laufe, den funktionstüchtigen Hypophysenrest mit zu entfernen. Er empfiehlt, eine Neisser'sche Punktion voranzuschicken; liegt eine Zyste vor, so wird die eingestossene Hohlnadel den Inhalt entleeren; ist der Tumor solid, so soll man sich auf eine möglichst ausgiebige Abtragung der ihn begrenzenden Keilbeinhöhlenwand beschränken. Dem in endonasalen Arbeiten nicht erfahrenen Chirurgen empfiehlt H. die Cushing'sche Operation, die er an der Leiche probiert hat. Zum Schluss wird auf die Wichtigkeit der Röntgenaufnahmen hingewiesen.

FINDER.

24) **Samuel Leopold** (Philadelphia, Pa.). **Zirkumskripte eitrige Leptomeningitis infolge von Sinusitis frontalis. (Circumscribed purulent leptomeningitis due to frontal sinusitis.)** *Journ. amer. med. assoc. 27. Mai 1916.*

L. berichtet vom neurologischen Standpunkte über zwei Fälle zirkumskripter Leptomeningitis rhinogenen Ursprungs, wie sie den Neurologen noch unbekannt sind, von rhinologischer Seite aber schon gründlich studiert worden waren. L. gibt genaue Sektionsbefunde beider Fälle.

FREUDENTHAL.

25) **Leopold Reischig. Ein Fall von Meningitis purulenta aseptica nach einem intranasalen Eingriff.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 78.*

Die Meningitis trat, ohne dass eine regelwidrige Verletzung stattgefunden hätte, nach Eröffnung der vorderen Siebbeinzellen auf. Der im Lumbalpunktat vorgefundene Eiter erwies sich als völlig frei von pyogenen Bakterien. Der Fall ging in Heilung aus.

FINDER.

26) **Feldmann. Metastatische Osteomyelitis des Stirnbeins, zur Zeit des Durchbruchs in die Stirnhöhle operiert.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 72. S. 30.*

Ein Fall von Osteomyelitis der die Orbita begrenzenden Knochen, welche ihren Ausgang von einem Furunkel am Knie nahm. Verf. weist darauf hin, dass es in Fällen, in denen der Prozess schon weiter als hier fortgeschritten ist, häufig unmöglich sein wird, festzustellen, ob er von einem Stirnhöhlenempyem ausgeht oder metastatischer Natur ist. Letztere sind prognostisch günstiger.

KOTZ.

27) **Leon E. White** (Boston, Mass.). **Verlust des Augenlichts durch retrobulbäre Neuritis infolge von Nebenhöhlenerkrankungen. (Loss of sight from retrobulbar neuritis due to accessory sinus disease.)** *Boston med. and surg. journ. 1. Juni 1916.*

Für das Verständnis der Infektion ist das Verhältnis des Canalis nervi optici zum Sinus sphen. und den hinteren Siebbeinzellen von Wichtigkeit. Eine dichte,

aber zuweilen sehr dünne Knochenlamelle trennt diese beiden. Entzündliche Prozesse oder Druck führen leicht zu temporärer oder permanenter Blindheit. Bericht zweier Fälle.

FREUDENTHAL.

28) **Charles A. O'Reilly. Beitrag zu Beobachtungen der intranasalen Behandlung der Dysmenorrhoe von Emil Mayer. (An adjunct to observations on the intranasal treatment of dysmenorrheea by Emil Mayer.)** *The journal of ophthalmology, otology and laryngology. Januar 1916.*

Zwei Fälle werden angeführt, wo eine submuköse Septumresektion von Befreiung von vorher regelmässig bei der Menstruation auftretenden Schmerzen gefolgt war.

OTTO T. FREER.

29) **Irving Dowling. Siebbeinerkrankung und ihr Verhältnis zum Glaukom. (Ethmoid disease and its relation to glaucoma.)** *The journal of ophthalmology, otology and laryngology.*

Der Nervus nasalis kann bei seinem Verlauf durch (?) die Siebbeinzellen bei bestehender Erkrankung derselben gereizt werden und durch seine Verbindung mit dem Ganglion lenticulare und den langen Ziliarnerven kann der Zialkörper sekretorisch angeregt werden. Die Medien werden dadurch kolloid, so dass ihr Abfluss behindert wird. Es sollen auch Toxine bei der Infektion der Siebbeinzellen durch die Lymphkanäle und Blutgefässe zum Uvealtraktus gelangen, ebenfalls eine kolloide Veränderung der Medien erzeugend. (Die vom Verf. berichteten vier Fälle sind nicht für seine Theorie beweisführend. Ref.)

OTTO T. FREER.

c) Mundrachenhöhle.

30) **Schilling** (Leipzig). **Sialoadenitis submaxillaris et sublingualis.** *Centralbl. f. innere Med. Bd. 37. 1916.*

In den letzten Monaten häuften sich die Entzündungen der Unterzungen- und Unterkieferspeicheldrüse, die sich durch auffallend lange, mehrere Wochen betragende Krankheitsdauer auszeichneten. Nur langsam erfolgte Abschwellung und Schwinden der Infiltration, wenn es nicht zur Eiterung kam; bisweilen blieb deutliche Härte zurück. Die Ursache mag in der zur Zeit wesentlich veränderten Ernährungsweise zu suchen sein. Bei der starken Trockenheit des Mundes, besonders des Nachts, erwies sich Pilokarpin 0,01 in wenig Wasser gelöst, auf die Zunge geträufelt, wirksam.

SEIFERT.

31) **Thost. Zungenfistel durch Fremdkörper nach Schussverletzung.** Aerztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 10. Novbr. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 337. 1916.*

Der Fremdkörper war die Hälfte einer Zahnkrone, welche bei einem Schuss durch die Mundhöhle in die Zunge gelangt war und hartnäckige Fistelbildung in derselben veranlasste. Sie hatte fast 8 Monate in der Zunge gelegen. Nach ihrer Entfernung schliesst sich die Fistel jetzt langsam.

R. HOFFMANN.

32) **Elmer L. Kenyon** und **W. T. Kradwell. Die physio-mechanische Funktion der Gaumenmandel. (A study of the physio-mechanical function of the faucial tonsil.)** *Illinois med. journ. Juni 1916.*

Die anatomischen Untersuchungen der Verff. ergeben den Schluss, dass die Mandel als Stütze für die glatte Funktion der M. palatoglossi et palatopharyngei wichtig sei. Entfernung der Mandel nimmt diesen Muskeln das Kissen der ausgefüllten Mandelkapsel, über welches sie normalerweise gleiten, und bindet dieselben narbig an den M. constrictor pharyngei superior. Deshalb gefährdet die totale Tonsillektomie das reine Sprechen und Singen, indem auf beschriebene Weise die Depressoren des weichen Gaumens funktionell beeinträchtigt werden können. Obwohl dieses meistens nicht geschieht, berichten doch die Verff. unter 43 Tonsillektomierten über drei Fälle postoperativer Rhinolalia aperta. (In einer Hinsicht haben die Verff. dieser sehr fleissigen und lehrreichen Arbeit nicht Recht, indem sie behaupten, dass der Operationsmodus gleichgültig sei, weil sie nach Tonsillektomien, von den besten Chirurgen ausgeführt, doch Verunstaltungen des weichen Gaumens gefunden hätten. Da die Mandelentfernungen in Amerika fast ausschliesslich mit stumpfer Gewalt mittelst des Sluder'schen Instruments oder mit der Drahtschlinge gemacht werden und mit diesen Instrumenten gequetschte und gerissene Wunden mit nachfolgender starker Entzündung, Narbenbildung und Verunstaltung verschiedenen Grades erzeugt werden, ist gerade die Operationsart für nachfolgende Funktionsstörung zu beschuldigen. Nach Exzision der Mandeln mit scharfen Messern mit Schonung der Plica triangularis hat Referent nie solche Störungen gesehen. Glatte Schnittwunden erzeugen bekanntlich die geringsten Narben. Ref.)

OTTO T. FREER.

33) **H. Marx. Das Adenom des Mundes.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 67. S. 121.*

54 jähriger Mann, kleinapfelgrosser Tumor der Zungenspitze, der anscheinend aus multiplen kleinen Knoten zusammengesetzt ist; an fünf Stellen finden sich feinste Fisteln mit wallartigen Rändern, mit der Sonde kann man 2 cm tief eindringen. Histologische Diagnose des exstirpierten Tumors lautete auf Adenom und zwar die Abart des Cystenadenoma papilliferum; ihre Natur ist offenbar benignen Charakters, als ihr Ursprung ist die Blandin-Nuhn'sche Drüse anzusehen.

FINDER.

34) **L. Edwin Barnes. Tonsillitis follicularis als Ursache allgemeiner Infektion. (Follicular tonsillitis in its relation to systemic infections.)** *Illinois med. journ. April 1916.*

Durch briefliche Mitteilungen gesammelte Berichte über Komplikationen nach der Tonsillitis follicularis. Unter diesen waren Nephritis acuta, Endokarditis, Pleuritis, Neuritis, Osteomyelitis, Septikämie, akute Thyreoiditis, fibrinöse Pneumonie, Orchitis, Keratitis interstitialis, Thrombose des Sinus cavernosus durch die Vena maxillaris externa, Arthritis, Iritis, Otitis media usw.

OTTO T. FREER.

35) **Walter Rosenberg. Freilegung der Fossa supratonsillaris durch Einschneiden des vorderen Gaumenbogens — ein Hilfsschnitt für Operationen an den Gaumenmandeln.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 67. S. 129.*

Verf. hat den vorderen Gaumenbogen mittels Scherenschlags inzidiert, um so einen Ueberblick über die Fossa supratonsillaris und ihren Inhalt zu gewinnen; man kann dann leicht die erkrankten oder verdächtigen Teile der Tonsille mit dem Konchotom abtragen; der Hilfsschnitt stellt auch bei der totalen Tonsillektomie verborgen liegender Tonsillen eine grosse Erleichterung dar. Ferner hat Verf. die Diszision der Gaumenbögen angewandt zur Eröffnung peritonsillärer Abszesse an Stelle der sonst üblichen Inzision. Entweder wird der Abszess mit der Inzision des Gaumenbogens selbst eröffnet oder man gelangt von der Fossa supratonsillaris aus stumpf ohne weiteres in die Abszesshöhle. Gefunden wurde der Abszess stets. In keinem Falle wurde eine Blutung aus den Rändern des Schnittes gesehen; bei zwei Patienten trat eine solche aus einem arteriellen Gefäss beim Loslösen der Tonsille von der Fossa supratonsillaris auf. In beiden Fällen liess sich dank der guten Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes das Gefäss mit einer Klemme leicht fassen. Eine Funktionsschädigung des Gaumenbogens wurde in keinem Falle beobachtet.

FINDER.

36) **Antonie P. Voislawsky** (New York). **Die Entfernung der kranken Tonsillen durch eine die Blutung äusserst verringernde Methode. (The removal of the diseased tonsils by a method minimizing hemorrhage.) Zusammen mit einem Abriss der Geschichte der Tonsillotomie von D. Bryson Delavan (New York).** *Medical Record. 15. Januar 1916.*

Kurze Uebersicht der Geschichte der Tonsillotomie, in der D. hervorhebt, dass die in den Vereinigten Staaten fabrizierten Ringmesser von Physick und Fahnestock fast ein Jahrhundert lang die massgebenden waren; dann kam Horace Green und Morell Mackenzie. Das Wichtigste sei momentan, eine richtige Diagnose zu stellen, d. h. zu unterscheiden zwischen einer nur temporär hypertrophierten Drüse und einer chronisch erkrankten und hypertrophierten.

Im zweiten Teile beschreibt Voislawsky die Entfernung der Mandeln. Im Jahre 1912 gab das St. Luke's Hospital 7 Betten her für die Nachbehandlung tonsillektomierter Kinder unter 12 Jahren. Später wurde das System auch auf Erwachsene ausgedehnt.

V. operiert unter Gasätheranästhesie und benutzt auch den Titus'schen Saugapparat zur leichten Entfernung des Blutes. Eine Beck'sche Schlinge wird um die rechte Tonsille gelegt, fest angezogen, geschlossen und von einem Assistenten gehalten. Mit der linken wird ebenso verfahren und beide Tonsillen vom Assistenten zusammen gehalten. Dann werden diese langsam enukleiert, nachdem ein Haken in beide zusammengelegt worden war. Die Blutung soll sehr gering sein und Nebenverletzungen finden dabei nicht statt.

FREUDENTHAL.

37) **Thomas L. Shearer. Das Alter des Patienten in bezug auf Tonsillektomie. (The question of age in tonsillectomy.)** *The journal of ophthalmology, otology and laryngology. März 1916.*

Wenn nicht dringend notwendig, sollen vor dem achten Lebensjahre die

Mandeln nicht entfernt werden. (Der Beweis ist noch nicht erbracht, dass eine richtig ausgeführte Tonsillektomie in irgend einem Lebensalter schadet. Ref.) Verf. spricht sich gegen den Optimismus aus, welcher sich die Heilung aller möglicher Krankheiten durch Mandelentfernung verspricht. OTTO T. FREER.

38) **Frederick J. Lesemann. Indikationen der Tonsillektomie. (Indications for the removal of the tonsils.)** *Illinois med. journ. Mai 1916.*

Die Indikationen der Mandelentfernung sind die folgenden: Bei Kindern unter 15 Jahren: Häufig wiederholte Tonsillitis oder Peritonsillitis, akuter Gelenkrheumatismus, Nephritis nach Tonsillitis, Chorea, Endokarditis, Lymphdrüseneiterung, starke Vergrösserung der Mandeln, chronischer „Halshusten" (?), starke Adenitis, „degenerierte" Mandeln (ein oft in der amerikanischen Literatur missbrauchter Ausdruck, die Art der Degeneration und der histologische Befund nie angegeben. Ref.) mit „Eitertaschen", Stimmverlegung, verringerte „Widerstandsfähigkeit" und Tuberkulose. (Man ersieht aus dieser Liste der Indikationen der Tonsillektomie, dass einige derselben sehr zweideutig sind. Bei den vom Verf. für Erwachsene angegebenen ist dies noch mehr der Fall. In dieser Beziehung folgt der Verf. nur der gegenwärtigen amerikanischen Mode, der Beschuldigung einer chronischen Herdinfektion für alles Mögliche. Ref.) OTTO T. FREER.

d) Diphtherie und Croup.

39) **H. Langer. Der Diphtherieabstrich.** Vereinigte ärztl. Ges. Berlin, Sitzung v. 21. Juni 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. S. 929. 1916.*

Die Bedeutung der bakteriologischen Diagnose der Diphtherie liegt vorwiegend auf dem Gebiete der epidemiologischen Prophylaxe. So ist es in Charlottenburg bei einer Epidemie gelungen, durch sofortige Erkennung und Ausschaltung der Bazillenträger in 36 Schulklassen die Verbreitung von Diphtherieerkrankungen zu verhindern. In dieser Hinsicht ist eine möglichst scharfe Differenzierung der Diphtheriebazillen ganz besonders wichtig. Hierzu dient die Alkoholfestigkeit der Diphtheriebazillen bei der Gram'schen Methode (s. dieses Centralblatt). Ferner gestattet die Früfung des Agglutininbindungsvermögens die zuverlässigste Differenzierung der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen, von denen die letzteren dieses Bindungsvermögen nicht besitzen. Pseudodiphtheriebazillen sind normale Schleimhautbewohner und daher als solche bei der praktischen Diphtheriebekämpfung nicht zu berücksichtigen. R. HOFFMANN.

40) **D. M. Lewis** (New Haven, Conn.). **Streptokokkeninfektion, die eine Diphtherie vortäuscht. (Streptococcal infection simulating diphtheria.)** *Boston med. and surg. journ. 8. Juni 1916.*

Aus der Epidemiologie eines Falles beweist Verf., dass eine Infektion mit Streptokokken nicht allein Diphtherie vortäuschen, sondern auch einen wirklichen Träger erzeugen kann. Träger können den pharyngealen oder nasalen Typus zeigen, welch letzterer wiederum sekundäre Symptome hervorruft.

FREUDENTHAL.

41) **John A. Ceconi** (Boston, Mass.). **Ein interessanter, durch Kontagion erzeugter Fall von Diphtherie. (An interesting contact case of diphtheria.)** *Boston med. and surg. journ. 8. Juni 1916.*

Bei einem 7jährigen Mädchen, das an übelriechendem Ausfluss aus der Vagina litt, stellte ein Arzt die Diagnose auf Gonokokkeninfektion, verursacht durch Vergewaltigung des Kindes. Der Verf. wurde hinzugezogen und fand einen blutig-serösen Ausfluss aus der Vulva und ein mit Krusten belegtes Exsudat am Perineum. Gonokokken wurden nicht gefunden, ebensowenig Anzeichen einer Vergewaltigung.

Am nächsten Tage wurde C. zu der 14jährigen Schwester der Patientin geholt, bei der er Rachendiphtherie konstatierte. Schliesslich wurde als Trägerin eine andere 5jährige Schwester gefunden, welche Membranen in der Nase hatte, die positiv reagierten. 48 Stunden nach der Injektion von Antitoxin klärte sich die Vulva auf und in derselben Zeit verschwand auch das Exsudat.

FREUDENTHAL.

42) **John A. Kolmer, Samuel S. Woody, Emily L. Moshage. Der praktische Wert des Meerschweinchens zur Bestimmung der Giftigkeit des Klebs-Löfflerschen Bazillus. (The practical value of the guineapig test for the virulence of diphtheria bacilli.)** *Amer. journ. of diseases of children. April 1916.*

Ungiftige Diphtheriebazillen können nach einer Reihe von Infektionen stark giftig werden. Ein Teil der Diphtheriebazillen bleibt vollgiftig, bis er von dem Körper des Trägers verschwindet. Ein anderer Teil wird allmählich ungiftig.

Schlussfolgerungen des Verf.'s sind: Tierimpfungen sind sehr wertvoll, um den Grad der Giftigkeit verschiedener Diphtheriebazillen zu bestimmen. Diese Impfungen sind nützlich, um die Giftigkeit der von einem gesunden Träger stammenden Bazillen zu bestimmen.

Subkutane Impfungen von Meerschweinchen von 250—300 g Gewicht mit 4 ccm einer 24 Stunden alten Brut von Diphtheriebazillen machen eine feine Bestimmung der Giftigkeit der Bazillen möglich.

Oertliches Oedem und leichte Intoxikationserscheinungen des Versuchstieres mit Nichterscheinen dieser Symptome beim vorherigen Gebrauch von Antitoxin, beweisen Giftigkeit der untersuchten Bazillen. OTTO T. FREER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

43) **R. Steiner. Kriegserkrankungen des Larynx.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 18. Februar 1916.

Verf. bespricht erst die funktionellen Stimmlähmungen. Er stellt einen nach wenigen Sitzungen geheilten Fall von Mutismus bei einem 24jährigen Soldaten vor, und wendet sich dann zu den hysterischen Aphonien. In allen diesen Fällen handelt es sich um eine Art von Zwangsvorstellung, die gebrochen werden muss.

Er bespricht dann die Halsschüsse. Die in der Prager laryngologischen Klinik beobachteten Fälle nahmen einen günstigen Verlauf. Nur ein Fall — Infanteriegeschoss, Einschuss links am Halse, Ausschuss in gleicher Höhe 2 cm von der Brustlinie — konnte nicht dekanuliert werden. Es bestand eine erhebliche

Verengerung der Glottis, Verwachsung der beiden vorderen Stimmbanddrittel; die linke zum grössten Teil narbig veränderte Kehlkopfhälfte stand bei Phonation und Respiration fast still. Sehr starker, inspiratorischer Stridor. Es hatten sich offenbar narbige Bindegewebsmassen entwickelt. Neun Monate lang durchgeführte Dilatation mit erweiternden Röhren und Schrötter'schen Zinnbougies hatte bisher nur den Erfolg, dass Patient mehrere Stunden am Tage ohne Kanüle atmen kann.

Zum Schluss stellte S. einen durch Dilatationsbehandlung geheilten Fall von Larynxstenose vor. Autoreferat.

44) **Carl Peschardt** (Aalborg). **„Inkarzeration" der Epiglottis. („Inkarceration" of epiglottis.)** *Ugeskrift for laeger. No. 9. 1915.*

Unter „Inkarzeration" der Epiglottis versteht man den Zustand, der dadurch entsteht, dass der freie Rand der Epiglottis sich unter der hypertrophischen Zungentonsille einklemmt. Verf. berichtet über einen hierher gehörigen, eine 38jährige Frau betreffenden Fall. Sie leidet öfter an Beschwerden beim Schlucken und bekommt die Speisen in die „falsche Kehle". Sie sucht dies zu vermeiden, indem sie den Kopf beim Schlucken gegen die Brust neigt, konnte jedoch immer nur unter Beschwerden essen, auch kein Glas Wasser ohne Absetzen trinken. Sie konnte auch bisweilen beim Schlucken ein schwaches Geräusch fühlen und hören. Es traten dann auch Perioden mit Halsschmerzen und quälenden Empfindungen, besonders des Nachts, auf, so dass Pat. vor Schmerzen nicht auf dem Rücken liegen konnte, sondern umhergehen musste. Bei der Untersuchung zeigte sich die Zungentonsille auffallend gross und zwar war der freie obere Rand der Epiglottis in jene eingeklemmt. Die Hinterseite der Epiglottis war stark gerötet, die Larynxschleimhaut etwas hyperämisch. Es gelang mit einer Sonde die Epiglottis frei zu machen, nach einigen Schluckbewegungen war sie jedoch wieder inkarzeriert. Nach Abtragung der hyperplasierten Zungentonsille mittels galvanokaustischer Schlinge hörten alle Beschwerden auf. FINDER.

45) **Sam N. Key** (Austin, Texas). **Angina epiglottidea anterior.** *Journ. amer. med. assoc. 8. Juli 1916.*

Vor Jahren bezeichnete Theisen diese Krankheit, die er akute infektiöse Epiglottitis nannte, als eine primäre Erkrankung, was aber von Semon, Kyle und anderen geleugnet wurde. K. beschreibt den Fall eines Kollegen, bei dem eine starke Anschwellung der Epiglottis (etwa 1,5 cm im sagittalen Durchmesser) nebst Oedem und Ulzerationen usw. vorhanden waren, Erscheinungen, die alle durch den Bacillus influenzae verursacht wurden, und nach 12 Tagen spontan verschwanden. FREUDENTHAL.

46) **Pollak** (Graz). **Ueber die verschiedenen Formen der respiratorischen Konträraktion der Stimmlippen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 381. 1916.*

Es gibt nervös veranlagte Personen, bei welchen die Stimmbänder bei der Atmung in umgekehrter Weise wie gewöhnlich sich bewegen, indem bei der Inspiration die Glottis sich verengert und bei der Exspiration erweitert. Dieser

Zustand, der manchmal sogar während Monaten oder Jahren besteht und unter Umständen zur Atemnot führen kann, ist in der Fachliteratur unter verschiedenen Namen (perverse Aktion der Stimmbänder, Chorea laryngis inspiratoria, Konträraktion der Stimmbänder, inspiratorischer, funktioneller Stimmritzenkrampf) bekannt. P. schlägt für diese Koordinationsstörung den Namen Konträraktion der Stimmlippen vor. Bei diesem Krankheitsbild zeigen sich im laryngoskopischen Bild bei den verschiedenen Individuen Abweichungen und es stellt deshalb P. verschiedene Typen auf. Als Typus I bezeichnet er dasjenige Krankheitsbild, das seinerzeit P. Fränkel perverse Aktion der Stimmbänder genannt hat: inspiratorisches Aneinanderlegen derselben bis zum völligen Glottisschluss und exspiratorisches Auseinanderklappen bis zum Maximum der Erweiterungsfähigkeit der Glottis. Bei dem Typus, den er als Typus II bezeichnet, findet sich ein ähnliches laryngoskopisches Bild wie bei der beidseitigen Postikuslähmung, indem auch während der exspiratorischen Phase die Glottis gegenüber der Norm verengert ist; bei der Inspiration kommt es dann zu einer noch stärkeren Annäherung der Stimmbänder. Mit dem Aufhören der Inspiration wird die Glottis wieder etwas weiter. Bei dieser Form bestehen manchmal Dyspnoe mit Vermehrung der Atmungszahl und Einsetzen der respiratorischen Hilfsmuskulatur, sogar Zyanose des Gesichtes, so dass bei Verkennen der Erkrankung die Tracheotomie in Frage kommen kann. Der Typus III unterscheidet sich von dem Typus II dadurch, dass die laryngeale Stenose in der Phase der Inspiration geringgradiger ist, indem nur die ligamentöse Glottis sich schliesst und die kartilaginöse in Form eines Dreiecks offen bleibt. Man hat dann also bei der Inspiration dasselbe Bild wie unter normalen Verhältnissen bei der Transversuslähmung im Momente der Phonation. Bei dem Typus IV, den Pieniaczek beobachtet hat, zeigt im Momente der Einatmung die Glottis eine elliptische Spalte im ligamentösen und eine dreieckige Spalte im kartilaginösen Abschnitt; es kontrahieren sich also bei diesem Typus im Momente der Inspiration nur die Mm. laterales, während die Mm. interni und der M. transversus untätig bleiben. Gegenüber dem Typus I (perverse Aktion der Stimmbänder), bei welchem die Glottis im Momente der Exspiration eine normale Weite erhält, unterscheiden sich die Typen II, III und IV dadurch, dass auch in der Phase der Ausatmung die Glottis enger erscheint. P. unterscheidet dann auch noch einen Typus V, der zuerst von Riegel beschrieben worden ist. Manchmal bestehen bei den verschiedenen Arten der respiratorischen Konträrbewegung auch Zuckungen der Aryknorpel, zitternde, pendelartige oder ungeordnete Bewegungen der Stimmlippe.

Differentialdiagnostisch kommt die beiderseitige Postikuslähmung in Frage: Stridor und Dyspnoe werden im Schlaf oder in tiefer Narkose bei der beiderseitigen Postikuslähmung noch stärker, während, wenn die respiratorische auf nervöser Grundlage beruhende Konträrbewegung der Stimmlippen vorliegt, diese zwei Symptome verschwinden. Diagnostisch wichtig ist im ferneren der Umstand, dass bei dem Patienten mit der respiratorischen Konträraktion nach einer Anzahl von stridorösen Einatmungen sich wieder geräuschlose Atemzüge einschalten als Beweis, dass die Stimmbänder wieder momentan normal arbeiten. Im ferneren zeigt bei diesen Patienten die Glottisweite zu verschiedener Zeit der Untersuchung

grosse Differenzen. Zur Feststellung der Diagnose hat Semon empfohlen, den Patienten während der Spiegeluntersuchung möglichst lange phonieren zu lassen; infolge des Lufthungers erweitert sich dann plötzlich die Glottis, als Zeichen, dass die Glottisöffner intakt sind. Fränkel liess in einem Falle den Atem anhalten und kam dadurch zu demselben Resultat.

Ausführliche Mitteilung von drei Krankengeschichten. Alle drei Individuen waren neurapathisch veranlagt. Die Krankheit ist selten. Die Behandlung besteht vor allem in Allgemeinbehandlung und in einer Einwirkung auf die Psyche.

OPPIKOFER.

47) **Payr** (Leipzig). **Schildknorpelplastik bei irreparabler Stimmbandlähmung.** Med. Ges. zu Leipzig, Sitzung vom 25. Januar 1916. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. S. 682. 1916.*

Vorstellung zweier hierher gehöriger Fälle, die nach dem von P. angegebenen Verfahren (s. dieses Zentralblatt 1915, Nr. 12, 44) operiert sind. Bei dem einen, einem Soldaten, ist die früher absolute Heiserkeit einer normalen lauten Stimmgebung gewichen, bei dem anderen, der erst vor kurzem operiert ist, lässt sich ebenfalls schon eine Besserung feststellen. Dieser hat noch ein Larynxödem, zu deren Bekämpfung Adrenalininhalationen und innerlich Atropin empfohlen wird.

R. HOFFMANN.

48) **Seiffert** (Breslau). **Perkutane Paraffininjektion zur Beseitigung der Folgen einseitiger Stimmbandlähmung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 233. 1916.*

Anästhesierung des Kehlkopfinnern durch Kokaïnpinselung und Injektion von Kokaïn 1 pCt. in die Gegend der Membrana cricothyreoidea. Einstechen der Kanüle einer Paraffinspritze einige Millimeter neben der Medianlinie am Unterrande des Schildknorpels durch das Ligamentum cricothyreoideum und Weiterführen der Nadel etwa 1 cm an der Innenseite des Schildknorpels schräg nach aussen, oben und hinten (Abbildung im Text S. 234). Feststellen der Lage der Kanülenspitze durch die indirekte Laryngoskopie. Unter Leitung des Auges Führen der Nadelspitze an die Stelle der tiefsten Einziehung des Stimmbandes und Einspritzen von so viel Paraffin, bis das gesunde Stimmband bei der Phonation diese Stelle berührt. Wenn dann noch kein vollständiger Glottisschluss, Ausgleichen der vorhandenen Lücken durch entsprechend angelegte Paraffindepots.

Durch dieses Verfahren Heilung in 2 Fällen alter Rekurrenslähmung. — Wenn auch der Eingriff leicht ist, so soll doch die Indikation gleich sein wie bei der endolaryngealen Paraffininjektion.

OPPIKOFER.

49) **Grossmann** (Wien). **Heilmethoden zur Verbesserung der Stimme bei einseitiger Stimmbandlähmung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 123. 1916.*

Bei der einseitigen Stimmbandlähmung kommt die Stimmstörung dadurch zustande, dass die Glottis sich nicht vollständig schliesst. Will man die einseitige Stimmbandfixation zu heilen suchen, so muss man also trachten, entweder das gesunde Stimmband über die Mittellinie an das gelähmte Stimmband heranzubringen, oder umgekehrt, das gelähmte Stimmband dem gesunden näher zu führen.

Die Heilversuche am gesunden Stimmbande sind zwecklos: G. kann die Lehre von der kompensatorischen Ueberfunktion des gesunden Stimmbandes nicht anerkennen; er hat nie gesehen, dass das gesunde Stimmband spontan oder unter dem Einfluss irgend welcher Therapie über die Medianlinie heraustritt und glaubt, dass die vielfach von anderer Seite erhobenen klinischen Beobachtungen einer kompensatorischen Ueberfunktion des gesunden Stimmbandes unrichtig seien. Auch am gesunden Kehlkopf wird ein Ueberschreiten der Mittellinie von Seiten des einen oder anderen Stimmbandes trotz vermehrter Kraftanstrengung niemals vorkommen. Nach G. kommt die Adduktion des Stimmbandes hauptsächlich durch die Wirkung des M. cricothyreoideus und dann auch des M. internus zustande. Dem M. lateralis sowie dem Transversus räumt er beim Zustandekommen der Adduktion eine untergeordnete Rolle zu; er betrachtet diese Muskeln gewissermassen nur als Hilfsadduktoren. Die beiden Hauptmuskeln der Adduktion, der M. anticus und der internus, können nun nicht mehr erreichen, als das Stimmband in die Medianlinie zu bringen. Es ist deshalb die Auffassung einer Ueberfunktion des gesunden Stimmbandes bei einseitiger Stimmbandlähmung auch aus anatomisch-physiologischen Gründen unberechtigt.

Die therapeutischen Massnahmen am gelähmten Stimmband versprechen mehr Erfolg: die Paraffininjektion in das gelähmte Stimmband hat Brünings befriedigt; allerdings können gegen diese Methode verschiedene Bedenken geltend gemacht werden. Im ferneren hat Payer durch Plastik aus dem Schildknorpel für das gelähmte abduzierte Stimmband eine unveränderliche feste Stütze, eine Prothese, also für das gesunde Stimmband ein Widerlager, geschaffen. Der Fall, den er auf diese Weise operiert hatte, führte zu günstigem Endresultat. Immerhin werden auch diese Heilversuche, die am gelähmten Stimmband angreifen, niemals die völlig normalen Verhältnisse wiederherstellen, indem bei den jetzigen und auch in der Zukunft angegebenen Methoden die Vibration des gelähmten Stimmbandes aufgehoben bleibt. Allerdings sind in der Literatur Fälle von Schauspielern oder Berufssängern bekannt, die trotz einseitiger Stimmbandfixation ihren Beruf weiterführen könnten. G. glaubt aber, dass trotz der angeblichen Unversehrtheit der Phonation bleibender Schaden für die Stimme entstanden ist.

Durch Druck von aussen, mittelst eines Kompressionsapparates einen Glottisschluss zu erzielen, verspricht keine nennenswerten Resultate.

G. betrachtet, wie er schon in früheren Arbeiten hervorgehoben hat, die Unbeweglichkeit des Stimmbandes immer als den Ausdruck einer totalen und keineswegs, wenn Medianstellung, einer partiellen Lähmung. Wenn das Stimmband bald mehr bald weniger der Medianlinie genähert ist, der Aryknorpel bald mehr bald weniger nach vorn sinkt, so hängt diese Variabilität in der Stellung des Stimmbandes und des Aryknorpels nach G. hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich, von individuellen Verschiedenheiten in der Formation des Cricoarythänoidgelenkes ab; je abschüssiger die Gelenkfläche ist, um so mehr wird das Stimmband bei der Lähmung nach aussen abrutschen und in mehr abduzierter Lage stehen bleiben. Die Bezeichnung Kadaverstellung hält er für unzutreffend und irreführend. Die beidseitige Postikuslähmung möchte er als beidseitige Rekurrenslähmung bezeichnen. Da bei der beidseitigen Postikuslähmung oder, um mit Verf.

zu sprechen, bei der beidseitigen Rekurrenslähmung die Stimmbänder bei der Inspiration nach der Trachea hin angesogen werden und dadurch (durch Verschluss der Stimmritze) die Atemnot entsteht, so würde er eventuell, wie dies bereits Payer vorgeschlagen hat, empfehlen, eine Schlinge um eines der beiden gelähmten Stimmbänder zu legen, um dadurch das Stimmband gegen die inspiratorische Saugkraft widerstandsfähiger zu machen. G. glaubt, dass bei diesem Verfahren schon ein mässiger Grad von Fixation ohne stärkere Abduktion des Stimmbandes genügen würde, um bei der doppelseitigen Stimmbandlähmung die Erstickungsanfälle zu beseitigen, so dass auch die Stimme nicht wesentlich geschädigt würde.

Die vorliegende Arbeit zeigt, wie verschieden noch heute unsere Auffassungen in Fragen der Physiologie des Kehlkopfes sind und wie verschieden deshalb pathologische Zustände gedeutet werden. OPPIKOFER.

50) **Thost. Stenosen des Larynx und der Trachea nach Halsschüssen.** Aerztl. Verein Hamburg, Sitzung vom 8. Februar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 805. 1916.*

Vorstellung zweier Fälle von Schussverletzung der Trachea bzw. des Larynx, bei denen die Behandlung der konsekutiven Stenose von der Kanülenöffnung aus nicht genügte, vielmehr die Dilatationsbehandlung nach Schrötter vom Munde her zu Hilfe genommen werden musste. Im Anschluss hieran weist Verf. darauf hin, dass Halsschüsse immer schwere Verletzungen darstellen. Die Mehrzahl der so Verletzten gehe wohl sofort durch Erstickung (Blut, Gewebsteile, Geschoss bei Steckschüssen, sofort eintretendes Emphysem, nicht nur der Haut, sondern auch des Mediastinums) zugrunde. Nur schleunige Tracheotomie kann retten. Hautemphyseme gingen in einzelnen Fällen bis zu den Brustwarzen und über das ganze Gesicht bis zur Haargrenze. Eine weitere Gefahr auch nach der Tracheotomie bilden die Pneumonien. In zwei Fällen, die Verf. bekannt wurden, war eitrige Mediastinitis und Pneumonie die Todesursache. R. HOFFMANN.

51) **H. Arrowsmith** (New York). **Tracheobronchiale Syphilis. (Tracheobronchial syphilis.)** *New York med. journ. 24. Juni 1916.*

Von dieser immerhin noch selten beobachteten Erkrankung berichtet A. zwei Fälle, von denen besonders der erste sehr viel Interessantes darbietet. Derselbe betraf einen italienischen Arbeiter von 44 Jahren, Vater gesunder Kinder, der am 10. November 1915 in das Hospital mit starker Dyspnoe, Zyanose usw. gebracht wurde. Kein Fieber, aber zahlreiche Rasselgeräusche und Husten. Wassermann +. Herz normal. Am nächsten Tage äusserst heftige Dyspnoe, die Atmung stand eine Minute lang still, die Zyanose änderte sich in eine aschgraue Farbe und er konnte nur mit Hilfe des Pulmotors zum Leben zurückgebracht werden. Temperatur zwischen 101 und 104° F. Verabreichung von Quecksilber, Jodkalium, Digitalis. Am 1. Dezember versuchte A. unter lokaler Anästhesie eine broncheskopische Untersuchung zu machen, die aber wegen Furchtsamkeit des Pat. misslang. 4 Tage später verliess Pat. das Hospital, kehrte aber nach einem Monat wieder zurück in demselben Zustande. Ein leichter Schatten über der rechten Lunge im Röntgenbilde, an welcher Stelle auch verminderte Resonanz konstatiert wurde, schienen für eine Bronchopneumonie zu sprechen (Fieber bis 103° F.).

Sowie sein Zustand es gestattete, wurde P. unter allgemeiner Anästhesie (Gwathmey's Oel-Aether-Colon-Anästhesie) bronchoskopiert. In der Trachea war eine gleichmässige Verengerung des Lumens sichtbar, so dass es eines leichten Druckes bedurfte, um das Bronchoskop (Jackson's 7 mm Tube) weiter zu bewegen. Der Eindruck, den A. hierbei hatte, war der, dass die Schleimhaut zu gross war für die indurierte und fest liegende Umgebung. Trachealringe konnten nicht erkannt werden, und die Karina nur mit gewisser Mühe.

Beträchtlicher Druck war erforderlich, um in die primären Bronchien einzudringen, und die Ostien der sekundären Bronchien waren nur angedeutet. Die Stenose war eine allgemeine durchweg. Weder lokale Verengerungen oder Dilatationen, noch auch Ulzerationen oder Narben wurden gesehen. Diagnose: Diffuse indurative Peritracheobronchitis.

P. erhielt Injektionen von Quecksilber bis zur Salivation (Salvarsan war nicht zu haben!), und sein Zustand besserte sich zusehends. Nach einigen Wochen jedoch wurde derselbe wieder schlechter, und Pat. erlag der Krankheit. Keine Autopsie gestattet.

Zum Schluss hebt Verf. noch die grossen Vorzüge der rektalen Anästhesie für solche Fälle hervor.

FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

52) **Otto Glogau. Ueber die Störungen der Sprache durch unzweckmässige Ausatmung verursacht. (Concerning the articulorespiratory disturbances of speech.) Vorläufige Mitteilung.** *The Laryngoscope. Mai 1916.*

Nach einer physiologisch-anatomischen Beschreibung der beim Sprechen und Atmen tätigen Nervenbahnen, bespricht Glogau das Stottern und seine Beziehung zum Artikulationsatmen, dessen Verschiedenheit vom Respirationsatmen vom Verf. erklärt wird.

Die Untersuchungen des Verf. zeigten, dass Taube, welche das Sprechen vom Lippenablesen erlernt haben, Neigung zur Luftverschwendung beim Sprechen haben und deshalb weniger Silben in einer Ausatmung fertig bringen wie sie sollten.

Aufnahmen des Rhythmus der Ausatmung mittelst eines geeigneten Messinginstrumentes sind für die Behandlung des Stotterns sehr wertvoll. Dem Verf. wurde ein grosses Material in der Nervenabteilung der Universität Kolumbia zur Verfügung gestellt.

OTTO T. FREER.

53) **Herbert Meissner. Beitrag zur Entwicklung des musikalischen Sinnes beim Kinde während des schulpflichtigen Alters.** *Dissert. (Berlin, Trowitzsch) und Stimme 1915. H. 7—12 einschl.*

Verf. kommt in dieser experimentell-psychologischen Arbeit zu folgenden Ergebnissen, die hier gekürzt wiedergegeben werden müssen. Die gesanglich genügende Wiedergabe eines einzelnen Tons wird von den Mittelklassen an nicht wesentlich besser und scheitert in den Unterklassen an Ungenauigkeit im Einsetzen und Halten des Tons. Die Wiedergabe von Melodiekurven wird aber stetig besser besonders zur Pubertätszeit. Das Analysieren von Zweiklängen zeigt die grösste Verbesserung der Leistung für das Quintenintervall. Die Bestimmung des höheren von 2 um einen Halbton differenzierten Tönens gelingt in allen Klassen relativ

schlecht, obwohl sich die Durchschnittsleistung während der Schulzeit verdoppelt. Die Unterschiedsempfindlichkeit für sukzessiv gegebene Töne, ebenso für simultane Zusammenklänge hat eine gewaltige Entwicklung aufzuweisen. Alle Leistungen erfahren durch systematisches Ueben eine zunächst rasch, dann langsamer zunehmende Verbesserung. Die Entwicklung jeder einzelnen Fähigkeit erfolgt sprungweise.

NADOLECZNY.

54) **Karl L. Schaefer. Zur Theorie der Seebeck'schen Resonanzröhre als Hilfsmittel für die Bestimmung hoher Schwingungszahlen.** *Passow's Beiträge usw. Bd. 8. S. 327. 1916.*

Uebersicht über die bisherige Verwendung der Seebeck-Röhre zur Tonhöhenbestimmung besonders hoher Töne und Erklärung ihrer verschiedenen Eigenschaften. Durch Versuche hat Sch. bewiesen, dass eine enge Zweigröhre zum Abhören ohne Hörschlauch an der Seebeckröhre keinerlei Rolle spielt. Das Seitenloch wirkt als solches, ähnlich wie bei einer Querflöte, d. h. wie wenn das Rohr an der Lochstelle abgeschnitten wäre. Jedoch ist die Grösse des Loches von Einfluss auf die Wahrnehmung der Tonverstärkung. Die hinter derselben liegenden Resonanzmaxima (optima) sind dann nach dem Kolbenende hin verlagert, was von Bedeutung für die Berechnung von Wellenlängen ist. Beim Abhören mittels Hörschlauch kommt die Strecke von der Röhrenöffnung bis zum Seitenloch für die Entstehung der Resonanzmaxima und -minima in Betracht.

NADOLECZNY.

55) **Imhofer** (Prag). **Funktionelle Stimmstörungen bei Kriegsteilnehmern.** Wissenschaftl. Sitzung der k. k. Militärärzte der Festung Krakau v. 19. August 1916.

1. Fall von Taubstummheit nach Granatexplosion. Otoskopischer und laryngoskopischer Befund normal. Taubheit für Sprache und Stimmgabeln durch Luft- und Knochenleitung. Vortr. hält diese Form der Gehörs- und Sprachschädigung für rein psychisch, wofür auch das Krankheitsbild spricht, welches man kurz nach der Verletzung beobachten kann. In solchen Fällen ist meist hochgradige Depression, Stupor und Apathie vorhanden. In dem Falle konnte durch Vorziehen der Zunge Intonation erzielt werden, worauf auch schon einige Worte vom Pat. gesprochen werden konnten. Auch das Gehör beginnt rechts wiederzukehren. Vortr. hält die Prognose für günstig.

2. Einen Fall von funktioneller Aphonie. Laryngoskopisch hochgradige Hemmung der Adduktion, Auseinanderweichen der Stimmbänder, bevor Glottisschluss zustande kommt, ähnlich dem laryngoskopischen Bilde bei Hysterie. J. macht auf die zunehmende Häufigkeit dieser Fälle aufmerksam, die er aus eigenen Beobachtungen und aus der immer mehr zunehmenden Literatur deduziert und meint, dass solche Fälle bei allen kämpfenden Armeen sich häufen. Als Kriegsbeschädigungen im engeren Sinne kann er sie nicht auffassen, da ein grosser Teil seiner Fälle entweder überhaupt nicht im Felde gewesen war, oder mindestens an keiner kriegerischen Aktion teilgenommen hatte. In vielen Fällen waren noch andere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems (Hysterie, Neurasthenie) vorhanden. Die Prognose ist sehr dubiös.

Zur Behandlung wurden eine Reihe Methoden angegeben, Sondierung des Larynx, Erstickungsmethode, Narkose (wobei Vortr. stets Aethylchloridrausch

verwendet). Alle diese Methoden hat J. erprobt, aber stets nur in einzelnen Fällen Erfolge gesehen, während andere jeder Therapie unzugänglich waren. Vollständig versagte die elektrische Behandlung. STEINER (PRAG).

56) **Kaess** (Giessen). **Zur Behandlung der hysterischen Stimmlosigkeit und Stummheit.** *Med. Klinik. Bd. 36. 1916.*

Die Behandlung besteht in seitlichen Kompressionen des Kehlkopfes, während der Pat. die Luft gewaltsam, möglichst tönend dabei einziehen soll. Diese Manipulation wird in kurzen Zwischenpausen mehrmals wiederholt und dann der Pat. aufgefordert, die Vokale a, o und u auszusprechen. Kommen die Vokale mit gutem Antönen heraus, so lasse man den Pat. in rascher Folge zur Aussprache von Silben, Worten und Sätzen übergehen. Auf diese Weise wurden innerhalb weniger Wochen 12 Fälle von funktioneller Stimmlosigkeit bei Soldaten behandelt und geheilt. Auch 1 Fall von funktioneller Stummheit wurde nach der gleichen Methode behandelt und geheilt. SEIFERT.

f) Schilddrüse.

57) **David Riesman** (Philadelphia, Pa.). **Geräusch über dem Auge bei Strumen. (Bruit over the eyeball in exophthalmic goiter.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. April 1916.*

R. fand zufällig solche Geräusche bei einem Mädchen mit Struma. Dieses Geräusch ist ganz typisch und synchronisch mit dem Puls. Snellen, Donders und andere hatten schon auf dieses Zeichen aufmerksam gemacht, aber trotzdem ist es ganz in Vergessenheit geraten. FREUDENTHAL.

58) **W. H. B. Aikins** (Toranto, Ontario). **Morbus Basedowii. (Exophthalmic goitre.)** *New York med. journ. 8. Juli 1916.*

A. bespricht die verschiedenen für die Aetiologie dieser Krankheit hervorgebrachten Hypothesen. Inbezug auf die Therapie glaubt er, dass gut 75 pCt. aller Fälle medizinischer Behandlung zugängig sind, während der Rest nur dem Messer weicht. Ausgiebige Ruhe der Pat. ist das wichtigste Erfordernis. Ja, im ersten Stadium der Behandlung soll die Ruhe nicht einmal durch Verabreichung von Medikamenten gestört werden (!). Es wird dann noch besonders die Applikation von Radium hervorgehoben. FREUDENTHAL.

59) **Liek** (Danzig). **Die Frühoperation des Morbus Basedow.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 104.*

Auf Grund seiner Erfahrungen fasst L. seine Ansicht folgendermaassen:

1. Bei allen ausgebildeten Formen des Hyperthyreoidismus, bei M. Basedow in engerem Sinne, ist prinzipiell die Frühoperation, d. i. Operation, sobald die Diagnose gestellt ist, anzustreben. Es gilt dies auch für den akut einsetzenden Basedow.

2. Die Frühoperation beseitigt den Hyperthyreoidismus, bevor andere lebenswichtige Organe (Herz, Leber, Nieren, lymphatisches System usw.) irreparabel verändert sind.

3. Die Frühoperation ist im allgemeinen technisch leichter (festeres Gewebe). Der bessere Zustand des Herzens gestattet einmalige ausgiebige Resektion von

Schilddrüsengewebe. Dadurch werden Etappenoperationen, die für Arzt und Patienten etwas Missliches haben, überflüssig.

4. Die unmittelbaren und Fernresultate sind bei Frühoperationen erheblich günstiger als bei Operationen in vorgeschrittenem Stadium; besonders hervorzuheben ist die schnelle und vollkommene Rückbildung des Exophthalmus.

5. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass die ausgedehnten Resektionen, wie sie in Frühfällen möglich sind, die Gefahr des Rezidivs verringern. L. meint mit Recht: Viel wäre schon erreicht, wenn bei jedem Basedowfall nach gestellter Diagnose die Operation von vornherein in den Kreis der therapeutischen Erwägungen gezogen würde. DREYFUSS.

g) Oesophagus.

60) **E. Steinert. Angeborene Atresie des Oesophagus. Gastrostomie.** *Prager med. Wochenschr. No. 32. 1915.*

Bei einem 6 Tage alten Säugling zeigte sich, dass das Kind gierig die Brust fasst und kräftig zieht, doch fliesst die Milch nach einigen Zügen ohne Würgbewegung durch Mund und Nase zurück. Dabei ist eine immer zunehmende Zyanose bemerkbar, die schliesslich in eine Art Asphyxie übergeht. Eine weiche Sonde dringt etwa 6 cm weit vom Kieferrande vor und stösst dann auf unüberwindlichen Widerstand.

Diagnose: Atresia oesophagi congenita und wahrscheinliche Kommunikation mit der Trachea.

Noch an demselben Tage Gastrostomie (Prof. Schloffer); in 30 Stunden post operationem erfolgte Exitus am siebenten Lebenstage.

Der Sektionsbefund ergab 9 cm von der Zungenspitze nach hinten einen vollständigen Verschluss des Oesophagus, der 1,8 cm oberhalb der Bifurkation in die Trachea ausmündet. Lobuläre Pneumonie in partieller Vereiterung.

Verf. ist der Ansicht, dass sich empfehlen würde, den Magen mit der unverlässlichen Kardia auszuschalten und eine Duodenostomie vorzunehmen, oder, wenn schon eine Gastrostomie vorgenommen wird, das Drainrohr durch den Pylorus in das Duodenum vorzuschieben. STEINER (PRAG).

61) **Samuel Iglauer. Intubation der Speiseröhre wegen Narbenstenose mit Bericht eines Falles nach Scharlach.** *The Lancet clinic. März 1916.*

Vollständige Berücksichtigung der Literatur. Der Pat. Iglauer's war ein 6jähriger Knabe, welcher infolge von Striktur der Speiseröhre nach Scharlach nur 27 Pfund wog. Nach Verschluckenlassen einer Seidenschnur führte Iglauer einen gewöhnlichen Weichgummikatheter, an beiden Enden mit einem heissen Draht perforiert, über die führende Schnur und durch die Striktur bis in den Magen mit Beihilfe eines, in den Katheter eingeführten Wallfischbeinbougies. Am oberen Ende des Katheters war eine Schnur befestigt, zur Verhütung des Durchkauens mit einem feinen Gummischlauch überzogen. Das obere Ende der Schnur war an die Wange angeklebt. Der Katheter blieb jedesmal 36 Stunden liegen. Mit immer grösseren Kathetern und mit olivenförmigen Bougies wurde schliesslich die Dehnung der Striktur vollständig gemacht. OTTO T. FREER.

62) **Amza Jianu** (Jassy). **Ueber Oesophagoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. S. 396. 1914.*

Weitere 2 Fälle, die die Jianu'sche Methode (Bildung eines Oesophagusschlauchs aus der Magenwand und subkutane Verlagerung desselben unter die Brusthaut) illustrieren.

DREYFUSS.

63) **Syring. Klinisches und Experimentelles zur Oesophagoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. S. 160. 1914.*

Auf Grund eines sehr unerquicklich verlaufenden Falls warnt S. davor bei der antethorakalen Oesophagoplastik mit Verlagerung einer Jejunumschlinge dieselbe in antiperistaltischem Sinne zu lagern. Näheres in der Originalarbeit.

DREYFUSS.

64) **Berger. Zur Behandlung der Speiseröhrenverletzungen am Halse.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 30. S. 1107. 1916.*

Erwiderung auf die Arbeit Zeller's, Münchener med. Wochenschr., Feldärztl. Beil., No. 25. S. 916. 1916.

KOTZ.

65) **John Guttman** und **J. W. Held** (New York). **In den rechten Bronchus perforierendes Karzinom des Oesophagus. (Carcinoma of the esophagus perforating into the right bronchus.)** *Med. Record. 10. Juni 1916.*

Die Perforation eines Oesophaguskarzinoms in die Luftwege ist nicht so selten. Doch ist dieser Fall wichtig, da die Diagnose intra vitam gestellt wurde. Der Fall ist kurz folgender: Ein 60jähriger Mann, dessen Krankheit vor einigen Monaten einsetzte mit Husten, blutig gefärbtem Auswurf, leichter Temperaturerhöhung, feuchten Rasselgeräuschen in der Supraklavikulargegend, war wegen vermutlicher Tuberkulose in die Berge geschickt worden, von wo er bedeutend gebessert nach 4 Wochen zurückkehrte. Bald darauf aber plötzliche starke Hämoptoe auf der Strasse, Ueberbringung in ein Hospital, wo dieselbe Diagnose gestellt wurde. Die Röntgenaufnahme ergab einen Schatten, der aber bald verschwand und augenscheinlich durch den Bluterguss hervorgebracht war. Entlassung aus dem Hospital als „völlig geheilt". Zwei Wochen später Husten bei Aufnahme von Flüssigkeiten, Regurgitieren von Speisen usw. Untersuchung durch Dr. G., der eine durch einen malignen Tumor bedingte Striktur des Oesophagus diagnostizierte. H. fand dann auf dem Röntgenbilde gleichfalls eine Stenose in der Höhe der Bifurkation der Trachea, von wo aus man deutlich Partikel der eingegebenen Emulsion (Bismuth. subcarbon.) in die Bronchien herabträufeln sah. Drei Wochen später Exitus.

FREUDENTHAL.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Wiener Laryngo-Rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. April 1916.

Weil: Fall von Pseudoleukämie.

49jährige Frau mit grossen Drüsentumoren am Hals, beide Tonsillen vergrössert, von eigentümlich durchscheinendem Aussehen, am oberen Pol der rechten

ein kleines Geschwür. Auffallend war eine enorme Wucherung der Seitenstränge, welche kleinfingerdicke, wie granulierend aussehende graurote Tumoren darstellen, die vom Zungengrund bis zu dem Tubenwulst reichen; Zungentonsille stark vergrössert, Arygegend mässig infiltriert. Probeexzision ergab lymphatisches Gewebe mit Tuberkeln. Interne und Blutuntersuchung ergab Pseudoleukämie.

Kofler: a) Kombination von tuberkulösem und tertiärsyphilitischem Geschwür der linken Gaumenmandel.

41jähriger Mann mit Ulkus der Tonsille; Probeexzision ergab Tuberkulose. Trotz Touchierungen mit Acid. lact., Orthoforminsufflationen, nahmen Schluckschmerzen zu, verschiedene flache kleine Ulzerationen heilten nicht ab. Als K. den Patienten zuerst sah, war die linke Mandelgegend schinkenrot gefärbt, mehrere flache erbsengrosse Ulzera auf der stark zerklüfteten, mit grossen und kleinen Granulationen besetzten Tonsille und ein grösseres, tieferes, speckig belegtes Ulkus zwischen vorderem Gaumenbogen und oberem Pol der Mandel. K. stellte erst die Diagnose auf Gummi, liess sich aber durch den histologischen Befund von der Diagnose abbringen und behandelte eine Zeitlang auf Tuberkulose, ohne dass Besserung eintrat. Wassermann fiel stark positiv aus; eine Neosalvarsaninjektion brachte erhebliche objektive und subjektive Besserung. Rötung und Entzündung sind verschwunden, keine Ulzera mehr vorhanden.

b) Schleimhautzyste des Nasenbodens.

75jährige Patientin. Gegend des rechten Nasenflügels halbkugelig aufgetrieben, unter der Haut der Oberlippe eine weiche fluktuierende, spontan und auf Druck schmerzlose kugelige Geschwulst von Nussgrösse sichtbar; die Haut darüber normal aussehend und verschieblich; beim Umlegen der Haut sah man die Geschwulst von normaler Schleimhaut bedeckt, gerade oberhalb des ersten und zweiten Schneidezahns der rechten Seite gelegen; die Schleimhaut darüber war verschieblich, auch hier deutliche Fluktuation zu fühlen. In der rechten Nase ganz vorn am Boden eine halbkugelige leicht eindrückbare Geschwulst von fast Haselnussgrösse; bei Druck auf die Geschwulst von aussen fliesst Eiter in die rechte Nasenhöhle hinein, die Fistelöffnung lag an der Kuppe des nasalen Zystenanteils. Die Zyste, die zum Teil in einer tieferen, sicherlich durch Druck entstandenen Mulde des Proc. alveol. sup. lag, liess sich leicht herausschälen.

K. hat bereits 5 oder 6 Fälle dieser Art zu operieren Gelegenheit gehabt. Seiner Ansicht nach handelt es sich in allen diesen Fällen um Retentionszysten, die ihren Ausgang von der Schleimhaut des Nasenbodens nahmen und sich nach abwärts zwischen die dem Proc. alveol. sup. bedeckende Schleimhaut des Spatium praeorale und dem Proc. alveol. sup. selbst einschoben; in fast allen Fällen war bei der Operation eine Depression im Knochen des Proc. alveol. sup. zu sehen (Knochenresorption durch Druck auf denselben).

Roth hat gleichfalls zwei Zysten der Oberlippe beobachtet; der eine dieser Fälle kam unter dem Bilde einer phlegmonösen Entzündung der Oberlippe und der Nase zur Beobachtung, was wohl auf eine sekundäre Infektion der Zyste zurückzuführen war. Auch R. hält diese Fälle für Retentionszysten.

Frühwald: Laryngofissur wegen Karzinom der rechten Taschenfalte.

Prof. Roth hatte vor 2 Wochen einen bohnengrossen Tumor der rechten Taschenfalte entfernt, der sich histologisch als Karzinom erwies. Bei der nun folgenden Laryngofissur zeigte sich die Erkrankung ausgedehnter als sie bei der indirekten Laryngofissur sichtbar war. Entfernung der ganzen rechten Taschenfalte bis zum Aryknorpel.

Otto Mayer: Paget'sche Erkrankung des Schädels und Nebenhöhlenaffektionen der Nase.

47jähriger Mann, vor 8 Jahren rechte Kieferhöhle und Siebbein operiert, leidet seit 2 Jahren an Kopfschmerzen. In der Nase fanden sich kleine Polypen in der Gegend der Bulla ethmoidalis. Es ergab sich, dass Patient beginnende Paget'sche Krankheit (Ostitis fibrosa) hatte. Der Schädel sehr gross, namentlich der Hirnschädel gegenüber dem Gesichtsschädel zu verhältnismässig umfangreich; Kopfweite beträgt 59 cm. Ferner klagt Patient über rheumatoide Schmerzen in allen übrigen Knochen des Skeletts, namentlich in den unteren Extremitäten. Die Diagnose war durch Röntgenaufnahme gestellt worden. Von 6 Fällen von Paget, die M. untersuchte, war dies der erste, in welchem solche Kopfschmerzen bestanden, die übrigen waren völlig davon frei. Hanszel.

IV. Briefkasten.

Neue Fachzeitschrift.

Unter der Redaktion von af Forselles (Helsingfors), G. Holmgren (Stockholm), Schmiegelow (Kopenhagen) und V. Uchermann (Kristiania) erscheint eine neue Fachzeitschrift unter dem Titel: „Nordisk Tidskrift for Oto-Rhino-Laryngologi"; als Herausgeber zeichnet Gunnar Holmgren. Eine grössere Anzahl von Fachgenossen aus den skandinavischen Ländern haben ihre ständige Mitarbeit zugesagt. Die Zeitschrift soll offizielles Organ der oto-laryngologischen Kliniken und Gesellschaften Skandinaviens sein.

Herr Dr. A. T. Brady (Sidney) hat den Wunsch ausgesprochen, aus der Liste der Mitarbeiter des Centralblattes gestrichen zu werden; wir kommen diesem Wunsche nach, indem wir ihm an dieser Stelle unseren Dank für die dem Blatte geleisteten Dienste aussprechen.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. November 1916. No. 11.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, November. 1916. No. 11.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **John N. Mackenzie** (Baltimore, Md.). **Erinnerungen, Rückblicke und Bekenntnisse eines Laryngologen. (Some reminiscences, reflections and confessions of a laryngologist.)** *Maryland med. journ. Mai 1916.*

M. führt uns zurück zu der Zeit, da die Laryngologie noch in den Kinderschuhen war, Ende der 70er Jahre, wo das Mekka aller englisch sprechender Laryngologen Morell Mackenzie's Hospital am Golden Square in London war. Er wünscht, dass man sich auch heute noch mehr auf eigenes Sehen und eigene Untersuchungen verlassen möchte, als bei jeder Gelegenheit sofort die Hilfe eines Laboratoriums in Anspruch zu nehmen. (Larynxtuberkulose.) Bei Krebs des Larynx sollte das Mikroskop das ultimum refugium sein.

In Bezug auf Erkrankungen der Nase kannte man fast nur Polypen und Ozaena. Selbst Verbiegungen des Septum und Eiterungen des Antrum Highmori waren unbekannt. M. bespricht sodann die Entwickelung unserer Kenntnisse von den Nebenhöhlenerkrankungen, vergisst aber ganz und gar die Erwähnung aller deutschen grundlegenden Forscher auf diesem Gebiete. Die Entdeckung „Myer's" von adenomatösen Vegetationen fand erst spät Eingang hier. Sodann beschreibt er seinen Besuch bei Ziemssen und Oertel in München, „Beide wunderbare Meister in ihrem Fache", und dankt seinem Schöpfer, dass er „das alte Deutschland kennen lernte, ehe es aufhörte, ein Volk der Träumer zu sein". FREUDENTHAL.

2) **Siegfried Ostrowski** (Berlin). **Beobachtungen an Fällen von Exstirpation des Ganglion Gasseri und der Occipitalnerven.** *Diss. Berlin 1914.*

Die Arbeit gibt einen guten Ueberblick über die Geschichte der intrakraniellen Methoden, ferner die Beschreibung von 5 Operationsfällen wegen Trigeminusneuralgie aus der Bier'schen Chirurgischen Universitätsklinik. In einem dieser Fälle, wo die Trigeminusoperation von dauerndem Erfolge war, traten zwei Jahre später schwere Neuralgien in den Nervi occipitales major und minor, auricularis magnus und supraclaviculares auf, die ebenfalls mit Erfolg operativ behan-

delt wurden. Die Wiederkehr der Sensibilität in der betreffenden Gesichtsseite nach Exstirpation des Ganglion Gasseri (ohne Wiederauftreten der Neuralgie) erklärt O. durch die sich ausbildende Versorgung von jenen oberen Zervikalnerven aus.

DREYFUSS.

3) **Wolff Maydansky. Beitrag zur chirurgischen Therapie der Trigeminusneuralgie.** *Diss. Breslau 1914.*

Bericht über 28 Fälle aus der Breslauer Chirurgischen Klinik (Prof. Küttner), die mittels verschiedener Methoden (Neurexairese, Exstirpation des Ganglion Gasseri, Alkoholinjektionen) behandelt wurden.

Die auffallend schlechten Resultate bei den mittels Alkoholinjektion behandelten Fällen scheinen nach Ansicht des Referenten darauf zurückzuführen zu sein, dass letztere nicht öfters bis zum Eintritt des Erfolges ausgeführt wurden, sondern dass man verschiedentlich schon nach einmaligem Misslingen zum operativen Eingreifen überging.

DREYFUSS.

4) **Friedrich Rott. Ueber Sensibilitätsstörungen bei peripherer Facialislähmung.** *Diss. Berlin 1914.*

Beschreibung einer Reihe von Fällen, jedoch ohne den Versuch, die Eigentümlichkeit dieser Befunde zu klären.

DREYFUSS.

5) **Egon Rach. Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten.** *Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. 1914.*

R. betont neben der Klangfarbe des inspiratorischen bzw. exspiratorischen Stridors die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung und belegt seine Ansicht durch eine Reihe von Illustrationen.

DREYFUSS.

6) **Grumme** (Fohrde). **Beitrag zur Jodbehandlung des Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. S. 256. 1916.*

G. gab einem Asthmatiker, den er selbst 7 Jahre beobachten konnte, innerhalb eines Jahres 33 g Jod. pur. in Form von Jodtropontabletten mit dem Erfolg, dass derselbe in dieser Zeit frei von Anfällen bleibt, auch während seiner noch jetzt fortbestehenden Teilnahme am Feldzuge.

R. HOFFMANN.

7) **H. Noltenius** (Bremen). **Zur Technik der Asthmabehandlung mittels biegsamem Spray nach Ephraim.** Mit 1 Textfigur. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 2. S. 171.*

Verf. liess für die Behandlung des Asthmas nach Ephraim, da die bereits vorhandenen Instrumente mancherlei Unbequemlichkeiten der Handhabung bieten, ein neues Instrument anfertigen, dessen Beschreibung im Original nachzulesen ist; es wird angefertigt von Fischer-Berlin zum Preise von 15 Mark.

B. BAGINSKY.

8) **Marie Dragouleva** (Warna). **Beitrag zum Studium des Asthmas. (Contribution à l'étude de l'asthme.)** *Thèse. Genf 1915.*

Beschreibung eines Falles von Asthma aus der Abteilung Bard am Kantonsspital, das bei einem Mann von 27 Jahren nach einer Erkältung, Grippe, im Frühjahr 1914 auftrat. (Dies ist Alles!! Ref.)

DREYFUSS.

9) **J. L. Goodale. Die parentorale Anwendung des Pferdeserums in Fällen von Pferdeasthma. (The parenteral administration of horse serum in cases of horse asthma.)** *Boston med. and surg. journ. 20. Mai 1915.*

In einem Fall mit hoher initialer Empfindlichkeit gegen Pferdeserum trat im Laufe von dreissig Injcktionen mit allmählich steigenden Dosen von Serum eine erhebliche Zunahme der Resistenz ein. Diese Resistenz ist charakterisiert dadurch, dass das Serum, auf die Schleimhaut appliziert oder in die Haut eingekratzt, keine Hyperämie und kein Jucken hervorruft, obwohl durch die subkutane Injektion noch Oedem hervorgerufsn werden kann.

EMIL MAYER.

10) **Müller. Das Asthmaproblem.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 74. S. 37.*

Verf. definiert die Asthmadisposition als örtliche abnorme Beschaffenheit des Elastins der Lunge. Der Anfall kommt so zustande, dass durch einen gesteigerten Reiz der Einatmungsspannung eine akute Ueberdehnung des Elastinnetzes entsteht. Für Prophylaxe und Therapie ist daher die freie Durchgängigkeit der Luftwege, insbesondere der Nase und des Rachens von grösster Wichtigkeit. M. kommt in operativer Beziehung, wie er selbst sagt, „zu dem radikalsten Standpunkt der Nasenbehandlung, der wohl je offen ausgesprochen und kausal begründet worden ist.“

KOTZ.

11) **Fred C. Sage. Blutungen bei Hals- und Nasenoperationen. (Head hemorrhage.)** *The journ. of ophthalmol., otol. and laryng. März 1916.*

Bei Blutung nach Mandelentfernung findet der Verfasser Pferdeserum und Pituitrin, subkutan gebraucht, nützlich.

OTTO T. FREER.

12) **Sargent F. Snow** (Syracuse, N. Y.). **Die fundamentellen Ursachen, die Verhütung und dio Prinzipien bei der Behandlung akuter Entzündungen der Schleimhäute mit besonderer Berücksichtigung der Entzündungen des Ohres, der Nase und des Halses. (The fundamental causes, prevention and principles of treatment in acute membrane inflammations, with special reference to inflammations of ear, nose and throat.)** *New York state journ. of med. August 1916.*

Die Quintessenz der Behandlung und Verhütung derartiger „Entzündungen“ besteht nach S. in der Verabreichung kleiner, häufiger Dosen von Calomel.

FREUDENTHAL.

13) **Erich Hoffmann. Schwere ulzeröse Nasen-, Rachen- und Kehlkopfsyphilis mit lupusähnlicher Erkrankung der Gesichtshaut auf Grund kongenitaler Syphilis.** Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde (Med. Abt.) Bonn, Sitzung vom 24. Januar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 837. 1916.*

33jährige Frau erkrankte vor 4 Jahren an doppelseitiger Keratitis, wurde vor 3 Jahren heiser und ist schon lange sehr schwerhörig. Keratitis, Schwerhörigkeit, Zwergwuchs, abnorme Schädelbildung, sehr hoher, schmaler, harter Gaumen und leichte Verbiegung der Tibien über die vordere Kante sprechen für kongenitale Lues. Seit etwa einem Jahr Geschwürsbildung im Gesicht und Rachen. Behandlung durch Kurpfuscher mit Aetzsalbe. Gegenwärtig lupoide

Lues der Gesichts- und Nasenhaut, grosse Perforation des harten Gaumens und Verlötung des zum Teil zerstörten weichen Gaumens mit der Rachenwand, die bis zum Larynx ulzeriert ist. Nasenseptum fehlt, Muscheln weitgehend zerstört und mit Borken bedeckt. Wassermann-Reaktion stets positiv. Hinweis auf die schwere Schädigung solcher Kranken durch Kurpfuscher. R. HOFFMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **Walter Klestadt. Beitrag zur Kenntnis der Hautgewächse an Ohrmuschel und Nase mit Bemerkungen zur epithelialen Genese.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 69. S. 118.*

Bericht über einen Naevus sebaceus in der Nasenflügelfalte mit ausführlichem histologischen Befund und Erörterungen über die Klassifizierung dieser Geschwülste. FINDER.

15) **Robert H. Ivy. Verhältnis der Zähne zur Kieferhöhle. (Relation of the teeth to the maxillary sinus.)** *Journ. of ophthalmol., otol. and laryng. Januar 1916.*

Ungefähr 1—3 der Kieferhöhleneiterungen ist dentalen Ursprungs. Die Wurzeln des ersten Mahlzahns sind der Kieferhöhle am nächsten, danach diejenigen des zweiten Mahlzahns, des zweiten Prämolarzahns, des dritten Mahlzahns und schliesslich des Eckzahns. OTTO T. FREER.

16) **Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der unkomplizierten Polyposis der Kieferhöhle und des Siebbeinlabyrinths.** *Med. Klinik. No. 33. 1916.*

Aus 2 Fällen, deren Kranken- und Operationsgeschichten mitgeteilt werden, gehen für die Diagnose der Kieferhöhlenpolyposis als Anhaltspunkte hervor: Eine rasch erfolgende Rezidivierung der Polypen im mittleren Nasengange, ein Radiogramm des Schädels wird bei einigermassen ausgesprochener Polypenbildung einen Luftmangel in der Kieferhöhle feststellen. Unter Lokalanästhesie ausgeführte Probeeröffnung in der Fossa canina wird absolute Sicherheit bringen.

In einem Falle von Polyposis des Siebbeins wurde auf Grund des Befundes von einem ödematösen Wulst im rechten mittleren Nasengang die hohe Resektion der mittleren Muschel vorgenommen. Nach Entfernung letzterer quollen aus der Gegend des Daches des mittleren Nasenganges polypöse Massen hervor, die aus dem Innern des Siebbeinlabyrinthes stammten. SEIFERT.

17) **Douglas Macfarlan. Bemerkungen über die Hülfsmittel zur Kieferhöhlendiagnose. (Notes upon the aids in antrum diagnosis.)** *The journ. of ophthalmol., otol. and laryng. Januar 1916.*

Der Verfasser befürwortet den Gebrauch eines geraden Troikarts für Probepunktion der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus und behauptet, dass unerwünschtes Durchstechen der bukkalen Wand der Kieferhöhle dabei möglich sei. Deshalb soll man vor einer Einspritzung in die Kieferhöhle eine Lufteinblasung durch die Kanüle machen, um durch auftretendes Emphysem der Wangengegend

oder der Lider auf besagte Nebenverletzung aufmerksam gemacht zu werden. Zeigt sich Emphysem, so soll man die Ausspülung unterlassen. (Die häufige Erfahrung, dass trotz gewaltsamen und sehr schmerzhaften Anpressens an die nasale Kieferhöhlenwand der Troikart diese oft ungewöhnliche dicke Wand nicht zu durchdringen vermag, wird vom Verfasser nicht erwähnt, noch scheint ihm der Gebrauch der vom Motor getriebenen Trephine zur diagnostischen Eröffnung bekannt zu sein. Die Trephine macht eine glatte ovale Oeffnung im unteren Nasengang, sei der Knochen dick oder dünn, sie macht keine Schmerzen und lässt genügend Raum in der gemachten Oeffnung für einen, auch dicken Eiter herauswaschenden, neben dem Spülrohr herausfliessenden Gegenstrom. Eine Durchbohrung der Wangenwand der Kieferhöhle kommt beim Gebrauch der Trephine nicht vor. Ref.) Kieferhöhlen, welche geeitert haben, können auch nach der Ausheilung bei der Durchleuchtung einen Schatten liefern. OTTO T. FREER.

18) **Ross Hall Skillern. Wann soll man bei bestehender Kieferhöhlenentzündung operieren und welche Operationsweise soll gewählt werden? (When shall we operate in chronic maxillary sinusitis and what form of operation shall we choose?)** *The journ. of ophthalmol., otol. and laryng. Januar 1916.*

Ehe zur eigentlichen Operation geschritten wird, soll Punktion der Kieferhöhle mit der Hohlnadel mit regelmässigen Ausspülungen durch dieselbe versucht werden. Hört trotzdem die Eiterung nicht auf, so wird Alkohol, verdünnt und allmählich bis zur Konzentration aufsteigend, in die Höhle eingespritzt und dort gelassen.

Bei Kindern von sechs Monaten bis zu zwölf Jahren soll eine chronisch werdende Kieferhöhleneiterung wegen der Gefahr der Osteomyelitis und Periostitis im jungen wachsenden, der Infektion ausgesetzten Knochen, radikal behandelt werden.

Nach vier Wochen ist eine Kieferhöhleneiterung als chronisch zu betrachten.

OTTO T. FREER.

19) **A. Meyer** (Berlin). **Bemerkungen zur Radikaloperation der Kieferhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 227. 1916.*

M. hebt zur Radikaloperation der Kieferhöhleneiterung die grossen Vorteile der Lokalanästhesie hervor. Verf. injiziert, da die Innervation der Zähne von der bukkalen und palatinen Fläche her erfolgt, auch eine geringe Menge von Kokain in die palatine Fläche des Alveolarfortsatzes; im ferneren macht er eine Injektion in das Ganglion sphenopalatinum. Da die Meisselschläge für den Patienten unangenehm sind, so arbeitet er nach Anlegen der Oeffnung in der Vorderwand so viel wie möglich mit der Zange. Die Denker'sche Modifikation des Caldwell-Luc'schen Verfahrens ist zu empfehlen: Die Festigkeit des Gesichtsschädels leidet nicht, die Wange sinkt nicht ein, die Anlegung des Schleimhautlappens von Nase nach Kieferhöhle ist leichter und die in diesem Gebiet erkrankten Partien können ausgiebiger freigelegt und entfernt werden. Die Kieferhöhlenschleimhaut ist vollständig auszuräumen; wenn man nur die schweren Fälle, die trotz regelmässiger Ausspülungen nicht ausheilen, operiert, so findet man bei der operativen Eröffnung keine gesunden Schleimhautteile vor. Es ist

eieganter, die Schleimhaut von vorn nach hinten wie einen Zystensack als Ganzes auszuschälen. Nur in den Recessus, in welchen leicht Schleimhautteilchen beim Ausschälen zurückbleiben, muss nachgekratzt werden. In einem seiner Fälle hat M. auch einen sogenannten Recessus nervi infraorbitalis (Abbildung im Texte) beobachtet: Der knöcherne Kanal des Infraorbitalnerven lag nicht ausschliesslich im Boden der Augenhöhle, sondern sprang in die Kieferhöhle vor und bildete nach der einen Seite (zwischen Orbitalboden und Knochenkanal) eine Bucht, die nun ebenfalls kurettiert werden musste. Die Verkleinerung der unteren Muschel, nicht mehr als $^1/_4$, hat keine Nachteile. Zur primären Naht der oralen Wunde kann, um Zeit zu sparen, fortlaufend genäht werden; zeigt sich eine lockere Stelle, so wird eine Knopfnaht eingefügt.

OPPIKOFER.

20) **Oskar Väth. Die Heilungsresultate bei den in der Klinik für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkranke in Heidelberg (Prof. Kümmel) vom 1. Mai 1906 bis 1. Juli 1912 behandelten Fällen von Kieferhöhleneiterung.** *Diss. Heidelberg 1913 und Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 5. 1914.*

Die Arbeit gibt den Modus procedendi der Heidelberger Klinik wieder. Zunächst Versuche mit Spülungen vom Ostium infundibulare aus; bei deren Resultatlosigkeit in leichteren Fällen Anlegung einer Daueröffnung im unteren Nasengang, bei schwereren Operation nach Caldwell-Luc oder nach Denker. Beide letzteren Methoden geben gleich gute Resultate.

Von Spülungen von der eröffneten Alveole aus hatte die Klinik — wie wohl auch die Mehrzahl unserer Spezialkollegen — bei chronischen Eiterungen wenig Erfolge.

DREYFUSS.

21) **Schröder. Kieferverletzungen.** Bericht, erstattet auf dem 2. Kriegschirurgentag in Berlin, 26. und 27. April 1916. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 101. S. 242.*

Der Bericht gibt, ohne in Einzelheiten einzugehen, einen guten Ueberblick über den derzeitigen Stand der Frage, insbesondere über die Art, wie die Ruhigstellung der Kieferfragmente zu erzielen ist, weiter über die Ersetzung von Knochendefekten durch Transplantate, dann über die Deckung von Weichteildefekten.

In der Aussprache schildert Brünings seine Erfahrungen aus dem Balkankriege 1913, wo er an 12 Türken, denen Nasen und Oberlippen ganz abgeschnitten waren, plastische Operationen vorzunehmen hatte. Eine Reihe von schematischen Zeichnungen illustrieren seine Methode und ungefähr 40 photographische Aufnahmen die Befunde vor und nach der Plastik.

Weiter schildern noch Lindemann und Ganzer ihre Erfahrungen in der Kieferchirurgie.

DREYFUSS.

22) **François Morestin. Plastische Operationen zur Herstellung der Nase und der Kiefer. (Plastic operations for restoring the nose and jaws.)** *Internat. journ. of surgery. Mai 1916.*

Dieser Artikel ist augenscheinlich einem Bericht von Morestin entnommen

worden und gibt kurz dessen Methode zur Herstellung der Nase durch Implantation eines Stückchens einer knorpeligen Rippe in die Stirn usw. Es folgt die Methode von Koegan.

Bei der Beschreibung der Injektion von Petrolatum liquidum heisst es, dass der russische Chirurg Gersuny der Erfinder derselben sei (der russische? Ref.).

FREUDENTHAL

23) **Arvid Haygström. Ein Fall von Cholesteatom in der Stirnhöhle. (Ett fall af cholesteatom i pannhalan.)** *Oto-laryngologisk Meddelanden. Bd. 2. H. 3. 1916.*

39jähriger Mann, bei dem die rechte Hälfte der Stirn schon am Ende des 2. Dezenniums anzuschwellen angefangen hatte. Seit mehreren Jahren wurde er von Zeit zu Zeit leicht müde, für Arbeit sehr ungeneigt und besonders in der letzten Zeit kamen sehr oft Perioden von psychischer Depression mit vermehrter Sensibilität vor; sehr oft litt er an Kopfschmerzen, besonders in der rechten Kopfhälfte, sonst gesund. Bedeutende Gesichtsasymetrie mit Senkung und Protrusion der rechten Orbita mit Bulbus und Anschwellung des oberen Teiles der rechten Stirngegend; rhinologische Untersuchung zeigte keine Veränderungen; von Zeit zu Zeit Doppelbilder bei maximaler Blickrichtung nach oben und nach links. Wassermann negativ. Operation am 2. 9. 1915: Die vordere knöcherne Wand der rechten Stirnhöhle an drei Stellen perforiert, die Höhle selbst von einer cholesteatomatösen, stark pulsierenden Masse gefüllt, die zerebrale und orbitale Wand vollständig zerstört; kein Zeichen von Knochenkaries. Heilung vollständig. Die histologische Untersuchung des Inhalts der Höhle zeigte, dass es sich hier um ein Cholesteatom handelte, konnte aber nicht die Frage entscheiden, ob wir es hier mit einem wahren oder mit einem Pseudocholesteatom zu tun hatten.

E. SPANGENBERG.

24) **Ludwig Neufeld** (Posen). **Studien über Ozaena und über die Ausscheidung von Organismen durch die Nasenschleimhaut.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 252.*

Vorliegende Untersuchung bezweckt die Nachforschung der Perez-Hoferschen Befunde und wurde ausgeführt an 48 Fällen von Ozaena, wobei die Untersuchung des Blutes auf agglutinierende Eigenschaften in 32 Fällen stattfand. Ausser den 48 Ozaenafällen kamen zur Untersuchung 70 gesunde Nasen, 3 Fälle von ulzerierender fötider Nasenlues und 3 abgeheilte Luesfälle; ferner wurden noch Versuche an Kaninchen angestellt, Hunde standen nicht zur Verfügung.

Die Befunde von Hofer, dass das Blut Ozaenakranker mit den Perez'schen Bazillen Agglutinationserscheinungen gibt, konnten nicht bestätigt werden, auch decken sich die sonstigen Befunde Neufeld's nicht überall mit den Resultaten Perez-Hofer's; der Fötor bei Ozaena dürfte mit Sicherheit auf den Coccobacillus Perez zurückzuführen sein; fraglich ist, ob die von Perez-Hofer beobachteten Atrophien der vorderen Muschel des Kaninchens in ihren histologischen Eigentümlichkeiten den Befunden der menschlichen Ozaena gleichberechtigt sein können.

B. BAGINSKY.

25) **Knud Salomonsen** (Kopenhagen). **Ueber Ozaena mit besonderer Berücksichtigung des Coccobacillus foetidus Ozaenae Perez.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 266.*

Die Untersuchungen, über welche Salomonsen berichtet, sollen einen Beitrag zur Beleuchtung der Frage liefern, ob der Bacillus foetidus Ozaenae Perez irgend eine ätiologische Bedeutung für die Ozaena hat. Die Versuche wurden an 12 Kaninchen angestellt, sowohl durch Einimpfung von Kulturen, als durch intravenöse Injektionen.

Weiterhin wurden zu gleichem Zwecke an 28 Patienten bakteriologische Untersuchungen angestellt, welche das Resultat ergaben, dass der Perez-Bacillus mit der Ozaena ätiologisch nichts zu tun hat; es ist nicht ein einziges Mal gelungen, in der Nasenschleimhaut der infizierten Tiere eine Coccobazillenform nachzuweisen, die morphologisch und kulturell oder serologisch mit den Perez-Hofer'schen Stämmen sich identisch zeigte. Auch die klinischen und pathologisch-anatomischen Resultate der Impfversuche sprechen dagegen, so dass unsere Kenntnisse von der Aetiologie und der Pathogenese der Ozaena durch Perez-Hofer u. a nicht vermehrt worden sind.

B. BAGINSKY.

26) **Francis B. Kellog. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The treatment of atrophic rhinitis.)** *Journ. of ophthalmol., otol. and laryng. März 1916.*

Wegen der Unmöglichkeit, genügend grosse Paraffinmassen bei submukösen Einspritzungen von Paraffin unter die Schleimhaut der unteren Muschel einzulegen, löst der Verfasser die Schleimhaut taschenartig teilweise von der Nasenscheidewand und von dem Nasenboden mit dem Freer'schen Elevatorium ab und füllt die beliebig gross gemachten Taschen mit Paraffin aus, so die gewünschte Nasenverengerung erlangend.

OTTO T. FREER.

27) **Blumenthal** (Charlottenburg). **Ueber die infektiöse Entzündung des Nasenrachenraums (Angina retronasalis).** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. S. 219. 1916.*

B. macht in dieser Arbeit den praktischen Arzt auf das Krankheitsbild obiger Erkrankung aufmerksam, das vielfach epidemisch auftretend der Influenza, gelegentlich auch den Eintagsfiebern zugerechnet wird. Als besonders charakteristisch hebt er die so gut wie immer vorhandene Schwellung der Drüsen am hinteren Rande des Kopfnickers oder unter ihm etwa in Höhe des Ohrläppchens hervor. Diese Drüsenschwellung bei der Angina der Rachenmandel ist aber wohl nicht so unbekannt, wie B. das annimmt (Ref.).

R. HOFFMANN.

28) **Max Meyer. Bronchitis, Angina retronasalis und Konstitution.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. S. 913. 1916.*

Ekzemkinder neigen in 60 pCt. von 100 untersuchten Fällen zu Katarrhen der Luftwege, zu Schnupfen, Halsentzündung und Bronchialkatarrhen, eine Neigung, die in 40 pCt. der Fälle sehr stark ausgesprochen war (Moro und Kolb). M., zurzeit Truppenarzt, fand in 7,6 pCt. auch bei Erwachsenen, die zu Bron-

chitis, zu Angina retronasalis (Grippe) neigten, offensichtliche exsudative Erscheinungen (besonders Hauterscheinungen, phlyktänuläre Keratitis), und sieht in seinen Beobachtungen den Beweis, dass die exsudative Diathese noch in der Pathologie der Erwachsenen eine Rolle spielt. R. HOFFMANN.

29) **William G. Reeder** (Chicago, Ill.). **Ein Durchleuchtungsapparat mit neuen Anwendungsmöglichkeiten. (A transilluminator with new possibilities.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. April 1916.*

Der neue Apparat besteht aus einer Trockenzelle, die an einem verdünnten Ende ein starkes Licht trägt, und ein anderes an der Seite. Um das Antrum Highmori zu durchleuchten, wird die Lampe zwischen Lippe und Processus alveol. vorgeschoben bis zur Vorderwand der Höhle. Die Durchleuchtung des Sinus frontalis geschieht ähnlich, wie bisher. FREUDENTHAL.

30) **D. J. de Levie** (Rotterdam). **Ein neuer Polypenschnüreransatz.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 50. S. 401. 1916.*

Doppelrohrige Schlingenführung. Die Schlinge kann geschlossen eingeführt werden und nimmt jede gewünschte Form selbsttätig wieder ein. Abbildung im Text. Lieferant: Lieberknecht, Berlin, Luisenstr. 48. OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

31) **A. Lichtwitz** (Guben). **Alveolarpyorrhoe oder Osteomyelitis?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 789. 1916.*

Besprechung der Krankheitszustände der Alveolarpyorrhoe und der Osteomyelitis der Kieferknochen in ätiologischer und symptomatischer Beziehung, veranlasst durch eine Publikation von Clemm: Ein Fall von tödlich verlaufender Alveolarpyorrhoe des Unterkiefers (s. das Referat in diesem Centralblatt). Nach Ansicht von L. handelt es sich da um einen typischen Fall von schwerer Osteomyelitis. R. HOFFMANN.

32) **Arthur Herkert** (Basel). **Adamantinoma solidum.** *Zeitschr. f. Mund- und Kieferchirurgie. Bd. 1 und Diss. Basel 1914.*

49 Jahre alte Frau. Geschwulst in der Gegend des Molaris II des linken Unterkiefers, die sich innerhalb weniger Wochen entwickelt hatte. Operation (de Quervain) in Lokalanästhesie durch Heraussägen unter Belassung einer Knochenspange. Heilung noch nach 2 Jahren konstatiert. Gute histologische Beschreibung und Abbildungen der Geschwulst. Erörterung der Genese und Differentialdiagnostik.

Herkert nimmt als Matrix das nach Fischer als normalerweise von der Gingiva aus die gesamte Wurzelfläche umschlingende Epithelnetz an; Teile dieses Epithelnetzes sind Mallasez' débris paradentaires und die Reste der von Brunnschen Epithelscheide. DREYFUSS.

33) **Rumpel. Ueber epidemisches Auftreten von eitriger Stomatitis.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. S. 781. 1916.*

Die in einem russischen Gefangenenlager beobachteten Fälle zeichneten sich durch ein schweres Krankheitsbild aus. Im Sekretabstrich fanden sich Plaut-Vincent'sche Keime, häufig war ein Exanthem vorhanden. Die Vermutung, dass es sich um Maul- und Klauenseuche handelte, bestätigte sich nicht. Verf. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Epidemie zurückzuführen ist, „auf durch die Nahrung unter bestimmten Bedingungen eingeführte, oder erst im weiteren Stoffwechsel entstehende, nicht bestimmt fassbare Giftstoffe“. KOTZ.

34) **Richard L. Sutton** (Kansas City, Mo.). **Granuloma pyogenicum der Lippe. (Granuloma pyogenicum of the lip.)** *Journ. amer. med. assoc. 20. Mai 1916.*

Bericht von 3 Fällen dieser von Kuttner früher Granuloma telangiectodes genannten Affektion. Exzision unter Novokain und gründliche Kauterisation.

FREUDENTHAL.

35) **Trömner** (Hamburg). **Hemiatrophia linguae.** *Med. Klinik. No. 39. 1916.*

Eine halbseitige Zungenlähmung bei einer 28jährigen Frau stellt höchstwahrscheinlich den einseitigen Beginn einer Bulbärparalyse dar. Dafür sprechen auch die übrigen Symptome: Gaumenschwäche, Speichelfluss, Aufhebung des Masseterreflexes, zeitweise Gliederschwäche. SEIFERT.

36) **Heinrich Schäfer. Ueber Parotistumoren und ihre Spätrezidive.** *Diss. Kiel 1913.*

4 Fälle, von denen 3 sogenannte „Mischtumoren“ waren. Der erste bietet ein gewisses Interesse insofern, als es sich um ein Carcinom handelte, das nach mehrmaligen operierten Rezidiven schliesslich durch die Fossa sphenomaxillaris in das Gehirn wuchs und nach 19jährigem Bestehen erst zum Tode führte.

DREYFUSS.

37) **John. Ueber die Bedeutung der Tonsillen für Gesundheit und Wehrfähigkeit.** *Münchener med. Wochenschr. Feldärztl. Beil. No. 34. S. 1241. 1916.*

Verf. tritt lebhaft für die Möglichkeit ein, die verschiedensten Krankheiten von den Tonsillen aus beeinflussen zu können. Neben der rezidivierenden Angina und dem Gelenkrheumatismus gehören hierher viele Myalgien und Neuralgien, Schwellungszustände in der Nase, Kopfschmerzen, fieberhafte Erkrankungen unbekannter Ursache, Influenza, Zustände, die oft für beginnende Tuberkulose angesehen werden, Herzstörungen ohne anatomischen Befund, exsudative und neuropathische Diathese und dergl. „Auch äusserlich vollkommen normal aussehende Tonsillen können in ihrer Tiefe kleine Abszesse bergen oder zum mindesten die Veranlassung zu zahlreichen Gesundheitsstörungen sein, die sich nur durch die Behandlung der Tonsillen beseitigen lassen. In letzterem Falle darf man wohl eine Lockerung oder Undichtigkeit in dem Gefüge des Schutzwalles annehmen, welchen die Tonsillen gegen die Krankheitskeime der Aussenwelt bilden sollen.“ Verf. wendet das von Prym-Röder angegebene Verfahren des Absaugens der Tonsillen mit dem Saugröhrchen an. KOTZ.

38) **James J. King** (New York). **Die Connellan-King-Diplokokkeninfektion der Tonsillen. (Connellan-King diplococcus infection of the tonsil.)** *New York med. journ. 15. Juli 1916.*

Durch lokale Herde in den Mandeln und Zähnen werden Infektionen hervorgerufen, die man früher als Rheumatismus, jetzt aber als Arthritis septica bezeichnet. Bei vielen dieser Fälle beseitigte Verf. die Mandelinfektion durch Anwendung von autogener Vakzine und später folgte die Enukleation der Tonsille. Vor 2 Jahren bemerkte King in den Krypten solcher Patienten einen eigentümlichen Diplococcus, der „aus Mangel eines besseren Namens" der Connellan-King-Diplococcus genannt wurde.

Die Gefahr einer allgemeinen Infektion nach der Tonsillektomie kann beseitigt werden durch die Anwendung autogener Vakzine, wo es irgend möglich ist.

FREUDENTHAL.

39) **B. V. Colver. Angina Vincenti. (Vincent's angina.)** *Journal of the Michigan state med. society. April 1916.*

Eine sehr gute Uebersicht der Literatur und Beschreibung der Krankheit. Der Bacillus fusiformis und das Spirillum sind nicht allein bei ulzeröser Angina gefunden worden, sondern auch bei Mastoiditis, Siebbeineiterung, Otitis media, Meningitis, Leberabszess, Milzabszess und Hautgeschwüren. In einem tödlich verlaufenden Fall war das Spirillum im Blut zu finden. Angina Vincenti tritt oft epidemisch in Kinderhospitälern auf. Sie ist trotzdem als nur schwach ansteckend zu betrachten.

Sieben Fälle werden beschrieben. OTTO T. FREER.

40) **Batigne. „Ein Fall von Orchitis nach Mandelentzündung. (Un cas d'orchite amygdalienne.)** *Annales des malad. vénériennes. Juni 1916.*

Bericht über einen 19jährigen Mann, der im unmittelbaren Anschluss an eine Angina eine linksseitige Hodenentzündung bekam. FINDER.

41) **Arthur M. MacWhinnie** (Seattle, Wash.). **Tonsillektomie, eine neue Methode der Beseitigung der Tonsillen. (Tonsillectomy, a new method of tonsil eradication.)** *Journ. of surgery. Juni 1916.*

Die bei Kindern kaum anwendbare Methode besteht in der Fulguration, die um die Tonsille herum appliziert wird. In vier bis acht Sitzungen wird so die ganze Tonsille entfernt ohne Blutverlust, ohne Shock und mit Erhaltung der Funktion der Musculi palatoglossus, palatopharyngeus und constrictor sup. Auch bei den fibrösen Mandeln ist die Methode zu empfehlen; die Behandlung dauert aber etwas länger. Die Besserung der Singstimme war auffallend.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

42) **Rolleston. Diphtherie im ersten Lebensjahr.** *American journal of diseases of children. Juli 1916.*

Diphtherie im ersten Lebensjahr ist verhältnismässig selten. Unter 2600 vom Verf. beobachteten Diphtheriefällen betrafen nur 20 Kinder, die unter einem Jahr

alt waren und zwar 7 von 5 Wochen bis 5 Monaten, und 13 von 7 bis 11 Monaten. In 5 Fällen handelte es sich um Rachendiphtherie, in 6 um Nasendiphtherie, in einem Fall war Larynxdiphtherie vorhanden und in 8 handelte es sich um gemischte Fälle. In 15 pCt. der Fälle wurde Hautdiphtherie beobachtet, während dies bei der Gesamtzahl der 2600 Fälle nur in 1,1 pCt. der Fall war. In 3 Fällen waren zweifellose Zeichen einer angeborenen Syphilis vorhanden. Die Mortalität war eine hohe: 45 pCt. im Vergleich zu der Gesamtmortalität (7,3 pCt.). Die verabfolgte Serummenge richtete sich nach der Schwere des Falles. In den leichten Fällen injizierte man 1000—5000 I.-E., in den mittelschweren 8000—12000 I.-E. und in den schweren 12000—24000 I.-E. auf einmal; die Einspritzung wurde unter Umständen wiederholt, die höchste eingespritzte Menge betrug 42000 I.-E.

FINDER.

43) **Abraham Zingher** (New York). **Die Pseudoreaktion bei der Probe nach Schick und deren Kontrolle. (The pseudoroaction in the Schick test and its control.)** *Journ. amer. med. assoc. 20. Mai 1916.*

In einem früheren Artikel des Verf.'s (siehe dasselbe Journal vom 24. Juli 1915, ref. Centralbl., 1916, S. 250) wurden die von der New Yorker Gesundheitsbehörde ausgegebenen Packete für Schick beschrieben. In diesen werden jetzt die das Toxin enthaltenden Kapillarröhrchen auf 75° C erhitzt, wodurch das lösliche Diphtherietoxin zerstört wird, nicht aber das Protein des Diphtheriebazillus, welches die Pseudoreaktion erzeugt. Z. empfiehlt Kontrollversuche auf beiden Armen.

FREUDENTHAL.

44) **Nalbadian Haigazoun** (Killis). **Die Behandlung der diphtherischen Lähmungen mit Injektionen von Antidiphtherioserum. (Le traitement des paralysies diphthériques par les injections du sérum antidiphthérique.)** *Thèse. Genf 1915.*

Fünf Fälle aus der Kinderklinik (Prof. Espine) mit postdiphtherischen Lähmungen, sämtliche bereits bei Beginn der Diphtherie mit Heilserum behandelt. Von diesen wurden 4 nach Eintritt der Lähmungen nochmals mit Serum gespritzt. Aus diesen 4 (! Ref.) Fällen folgert der Verf. einen günstigen Einfluss des antidiphtherischen Serums auf raschere Heilung der Lähmungen, dabei waren bei Abfassung der Dissertation 2 dieser Fälle erst wenige Tage beobachtet, 1 Fall war noch ataktisch und der andere lag völlig bewegungsunfähig im Bett (9 Tage bis zur Abfassung der Dissertation beobachtet! Ref.)

DREYFUSS.

45) **Erich Hoffmann. Diphtherisches Hautgeschwür am rechten Nasenflügel mit teilweiser Zerstörung desselben.** Niederrhein. Ges. für Natur- u. Heilkunde (Med. Abt.) Bonn, Sitzung vom 24. Januar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. S. 837. 1916.*

11jähriger Knabe. Seit Anfang Dezember 1915 Borkenbildung an der rechten Nasenscheidewand, darauf Entwicklung eines Geschwürs von gut Markstückgrösse, das am 11. Januar 1916 mit schwarzer Borke bedeckt war und einen Teil des Nasenflügelrandes zerstört hatte. Grund des Geschwürs glatt, mit membranartigem Belag, Rand kaum infiltriert und kaum gerötet. Für Lues und Tuberkulose kein Anhalt. Wegen des dicken schwarzen Belags Nomaverdacht, jedoch keine fusi-

formen Bazillen oder Spirochäten zu finden. Wassermann-Reaktion negativ. Mikroskopisch diphtheriebazillenähnliche Stäbchen mit Polfärbung. Züchtung ergibt Diphtheriebazillen. Geimpfte Meerschweinchen und Mäuse bleiben gesund. Züchtung auf Pilze und Hefe negativ. Injektion von Diphtherieheilserum (18. und 22. Januar je 1500 I.-E.) und örtliche Bepinselung damit bringt schnelle Besserung. Während der Beobachtung niemals Fieber. R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

46) **P. J. Mink** (Utrecht). **Die respiratorischen Bewegungen des Kehlkopfes.** Mit 4 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 391.*

Die Tatsache, dass der Kehlkopf trotz seiner leichten Beweglichkeit und ohne direkte Verbindungen mit dem knöchernen Skelett stets in seine ursprüngliche normale Lage zurückkehrt, weist daraufhin, dass hier Kräfte in Aktion treten, welche sich stets die Wage halten; hier spielt in erster Linie ein permanenter Zug an der Trachea nach unten, eine Teilerscheinung der Inspirationsstellung, eine Rolle und nur der Effekt der Exspiration ist als eine Art Verminderung dieses Zuges zu deuten. Der Trachealzug findet seinen Endpunkt am kleinen Zungenbeinhorn, mittels dessen das Zungenbein am Ligamentum stylohyoideum aufgehängt ist. Die exspiratorische Kehlkopfbewegung erfolgt nur unter dem Einflusse elastischer Kräfte und der bei der Inspiration nach abwärts gezogene Ringknorpel steigt wieder in die Höhe, ebenso der Schildknorpel, teilweise unter dem Einfluss der elastischen Aponeurose des Musculus thyreopharyngopalatinus. Die weiteren Ausführungen sind im Original nachzulesen. B. BAGINSKY.

47) **Josef Némai** (Budapest). **Ueber den Verschluss der menschlichen Stimmritze. Dritte Mitteilung zu vergleichend anatomischen Untersuchungen des Kehlkopfes.** Aus dem ersten anat. Institut der Univ. in Budapest (Direktor: Hofrat Prof. Dr. M. v. Lenhossék). Mit 19 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 331.*

An der Hand sorgfältiger anatomischer Untersuchung und unter Berücksichtigung der vergleichenden Anatomie werden die physiologischen Verhältnisse des normalen Verschlusses der menschlichen Stimmritze einer genauen Analyse unterzogen. Es wird die Methode der Untersuchung genauer beschrieben, wobei auf die Längsspannung der Stimmlippen und den sorgfältigen Schluss derselben besonders Gewicht gelegt wird.

Der enge Zusammenschluss der Arytänoidknorpel erfolgt unter physiologischen Verhältnissen nur unter Unterstützung der Schleimhaut, welche von einer Cartilago arytaenoidea zur anderen hinüberzieht. Vielfach bleibt in der knorpligen Stimmritze dennoch eine Lücke, welche an der unteren Fläche der zum künstlichen Verschluss gebrachten Stimmritze an der Leiche zu finden ist und besonders bei vorgeschrittener Verknöcherung des Kehlkopfes manifest wird. Für die grobe Einstellung des Stimmverschlusses scheint der Musculus thyreo- und cricopharyngeus von Bedeutung zu sein. Der Verfall der Singstimme, wie der Stimme überhaupt, wird durch die Verknöcherung des Kehlkopfes herbeigeführt. Die Incisura thyreoidea begünstigt das Federn der beiden Schildknorpelplatten.

Die vielen interessanten Tatsachen, auf welche der Verf. aufmerksam macht, laden zum Studium der fleissigen Arbeit ein.

B. BAGINSKY.

48) **Oskar Stoerk** (Wien). **Ueber einen Fall kongenitaler Larynxstenose.** *Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 19. S. 149. 1916.*

Das Kind starb unter dyspnoischen Erscheinungen am fünften Lebenstage. Es handelte sich um eine zystische Bildung an der Stelle des rechten Taschen- und Stimmbandes. Andeutungen eines Ventriculus Morgagni waren in Form einer querverlaufenden Falte vorhanden; die Zyste war also nicht als eine Retentionszyste des letzteren aufzufassen. Ein kleines Netzknorpelgebilde in der Wand der Zyste deutete vielmehr auf eine Keimversprengung als ätiologisches Moment der Genese hin.

DREYFUSS.

49) **R. W. Moore. Subglottische Stenose. (Subglottic stricture.)** *Texas state journal of med. März 1916.*

Obwohl Syphilis eine häufige Ursache solcher Stenosen ist, soll dennoch Jodkalium bei syphilitischen Fällen nicht gebraucht werden, da es die Stenose durch Oedem gefahrvoll vermehren kann.

In dem berichteten Fall war eine subglottische Narbenstenose die Folge eines peritrachealen Abszesses. Mehrere Ringe der Luftröhre wurden gespalten, die Narbe exzidiert und ein grosses Intubationsrohr eingelegt. Heilung.

OTTO T. FREER.

50) **Killian** (Berlin). **Kehlkopfschüsse.** Bericht, erstattet auf dem 2. Kriegschirurgentag, 26. und 27. April 1916 in Berlin. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 101. S. 225.*

K. teilt die Schussverletzungen des Kehlkopfes ein in kleine und grosse; die ersteren wieder nach ihrem Sitze in den verschiedenen Kehlkopfabschnitten in Schüsse

1. des Kehlkopfeingangs (3 Fälle, davon 2 eigene Beobachtungen),
2. des oberen Kehlkopfraumes (22 „ „ 13 „ „),
3. des mittleren „ (17 „ „ 10 „ „),
4. des unteren „ (18 „ „ 10 „ „).

Die ersteren betreffen den Kehldeckel und die aryepiglottischen Falten, machen hauptsächlich Schluckbeschwerden, weniger Atemstörungen, kaum Stimmstörungen.

Die zweite Gruppe spielt hauptsächlich in der Gegend der Taschenbänder; zu ihr gehören auch die Wandschüsse des Kehlkopfes mit Splitterung der Schildknorpel. In der Hälfte der Fälle kam es zu Perichondritis des Schildknorpels. Letzterer muss von aussen eventuell herausgelöffelt werden mit Erhaltung des Perichondriums, das, wie Röntgenbilder ergeben, wieder Knochen bildet.

In der dritten Abteilung sind es Stimmbandverletzungen mit konsekutiven Verwachsungen. Unter 17 Fällen wurden 3 mal Frühtracheotomien und 2 mal Spättracheotomien notwendig.

Bei der vierten Gruppe (unterer Kehlkopfraum, 18 Fälle, darunter 10 eigene) handelt es sich teils um quere Wandschüsse, Durchschüsse und dann sog. hintere subglottische Schüsse, bei denen die Ringknorpelplatte, die Basis der Aryknorpel und ihre Gelenke verletzt werden. Die Folgen dieser letzteren sind typische; es entstehen fest mit der knorpligen Unterlage verwachsene, oft recht ausgedehnte Narben, welche die Aryknorpel nach der Mitte ziehen und dort mit grosser Kraft festhalten, sogar in das Larynxlumen nach vorn hineingezogen kann der Aryknorpel werden. Charakteristisch ist die rasch auftretende Atemnot und das Hautemphysem. Die Tracheotomierten werden fast alle zu dauernden Kanülenträgern. Deshalb muss in der Regel die Laryngostomie gemacht werden, zu der man Hautlappen mit unterer Basis verwende.

Zum Schlusse referiert K. noch über die grossen Schussverletzungen, die allerdings in den seltensten Fällen noch die Heimatspitäler erreichen, sondern rasch an Verblutung oder Pneumonien zugrunde gehen. DREYFUSS.

51) **Bleyl. Zwei weitere Kehlkopfschussverletzungen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 74. H. 2.*

Fall 1. Durchschuss des Kehlkopfes, sofortige Tracheotomie, später Laryngotomie mit Entfernung der Narbenmasse und Bolzenbehandlung.

Fall 2. Steckschuss im Bereich des rechten Stimmbandes, Entfernung eines Granatsplitters durch Operation von aussen. KOTZ.

52) **J. M. Linke** (Wloclawek). **Zwei Fälle von Erstickungstod durch Bolus.** *Diss. Basel 1915.*

Im ersten Fall wurde 73 Jahre alter Pfründner bei seiner Mahlzeit am Tisch sitzend tot aufgefunden. Die Autopsie ergab einen Bissen von gekochtem Kalbfleisch, der den Isthmus faucium bis zur Epiglottis ausfüllt und 6 zu 6 zu 3 cm misst.

Der zweite Fall — 81 Jahre alter Pfründner — fällt bei Tisch plötzlich tot um. Die Autopsie ergibt: Im Larynx liegt, denselben ganz ausfüllend, ein Fleischbolus, der auch in das obere Viertel der Trachea hineinragt. — Abbildungen beider Fälle nach den Musealpräparaten des Strassburger pathologischen Instituts. Dieselben wurden auch von Chiari am 1. Dezember 1913 in der Militärärztlichen Gesellschaft zu Strassburg demonstriert. DREYFUSS.

53) **G. W. Grier. Die Fluoreskop-Bronchoskopie. (Fluoroscopic bronchoscopy.)** *The amer. journ. of roentgenology. März 1916.*

Der Verfasser arbeitete in Verbindung mit Chevalier Jackson, dessen grosses bronchoskopisches Material ihm zur Verfügung stand.

Grier baute einen fluoroskopischen Apparat, welcher zu dem gewöhnlichen, von vorn nach hinten gesehenen fluoroskopischen Bild ein seitliches hinzufügt, um die Täuschung über die Lage des Fremdkörpers, welche möglich ist, wenn er nur in einer Ebene gesehen wird, zu vermeiden. Der Apparat ist gut beschrieben und abgebildet und scheint einfach und praktisch zu sein.

Die Fluoroskopie soll nur in denjenigen Fällen gebraucht werden, in welchen der Fremdkörper bronchoskopisch nicht sichtbar ist, und sie soll von einem erfahrenen Röntgenologen als Beihelfer des operierenden Bronchoskopikers ausgeführt werden. OTTO T. FREER.

54) **Laurenz Dick. Ueber vier metallische Fremdkörper der Bronchien bei Kindern.** *Diss. Giessen 1914.*

Sämtliche 4 Fälle (Alter 12, $5^1/_2$, 6, 5 Jahre) wurden mittels Bronchoscopia superior von v. Eicken operiert. Glatte Heilung.

DREYFUSS.

55) **R. H. Good. Die Entfernung zweier Nägel von den Bronchien eines zweijährigen Kindes.** *Illinois medical journal. April 1916.*

Je ein Nagel mit grossem Kopfe wurde aus den beiden Hauptbronchien mit dem Brünings'schen Rohr entfernt. Das Röntgenbild von Fremdkörpern in der Lunge soll in höchstens 1—5 Sekunden genommen werden wegen der Bewegungen des Brustkorbs.

Good spricht sich gegen eine präliminäre Tracheotomie bei kleinen Kindern aus. (Die schnell auftretende, gefährliche subglottische Schwellung, die auch einer schonendst ausgeführten oberen Bronchoskopie folgen kann und die eine eilige Tracheotomie nötig macht, ist Good augenscheinlich unbekannt, obwohl gar nicht selten.)

OTTO T. FREER.

56) **Auer und Gates. Die Absorption von Adrenalin nach intratrachealer Injektion.** *The journal of experimental med. No. 6. 1916.*

Verff. haben bei Experimenten am Kaninchen gefunden, dass wenn Adrenalinlösung in die Trachea gespritzt wird, sie in wenigen Sekunden in die Alveolen, besonders die des rechten Unterlappens eindringt und sehr schnell resorbiert wird. Bereits 5 Minuten nach Beendigung der Injektion kann die Steigerung des Blutdrucks nachgewiesen werden; sie erfolgt ebenso schnell oder noch schneller als nach intramuskulärer Injektion. Verf. raten, von dieser Methode bei Herzschwäche therapeutische Anwendung zu machen, indem man die Flüssigkeit mittels einer Pravazspritze durch die Haut hindurch unter den Larynx in die Trachea einspritzt.

FINDER.

57) **Arthur Neuberg. Ein Fall von Tracheoplastik.** *Diss. Breslau 1914.*

Transplantation nach der Methode von Mangoldt.

DREYFUSS.

58) **Gunnar Holmgren. Zur Frage von der Behandlung der Trachealstenose. (Tin Frågan om behandling af trachealstenosen.)** *Oto-laryngologiska Meddelanden. Bd. 2. H. 3. 1916.*

Verf. beabsichtigt durch seine Mitteilung die Aufmerksamkeit auf eine nach seiner Meinung zu wenig gekannte und gebrauchte Behandlungsmethode zu lenken. Ein 4jähriger Knabe hatte nach Diphtherie vor 3 Jahren eine Trachealatresie durch eine dicht unter dem Larynx gelegene mehrere Millimeter dicke feste Narbenmembran bekommen. Nach Laryngo-Tracheotomie wurde diese exzidiert und die Stenosenstelle mit gut zusammengerollter Jodoformgaze dilatiert, die nach unten mit einem durch die fenstrierte Kanüle gehenden Faden, nach oben mit einem durch den Mund gehenden Faden fixiert wurde. Andere bekannte Dilatationsmethoden konnten nicht gebraucht werden. Durch Anwendung von immer grösseren Tamponrollen wurde die Stenose nach 2 Monaten beseitigt. Das gute Resultat bestand noch $2^1/_4$ Jahre nach der Operation.

E. STANGENBERG.

e II) Stimme und Sprache.

59) **Gutzmann. Gehirnvolumenveränderung bei Sprechversuchen eines Aphasischen.** Kriegsärztl. Abend der Zehlendorfer Lazarette, Sitzung v. 16. 2. 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 805. 1916.*

Bei dem Patienten besteht ein grosser, leicht überhäuteter, pulsierender, linksseitiger Schädeldefekt in der Gegend der Sprachzentren. Motorische und sensorische Aphasie. Es lassen sich nun ausser den bekannten Gehirnvolumenveränderungen bei Lust, bei Unlust usw. auch solche, und zwar starke, bei Sprechversuchen des Aphasischen registrieren. Das weist nach G. darauf hin, wie vorsichtig man bei der Uebungsbehandlung der Aphasischen sein muss.

R. HOFFMANN.

60) **v. Sarbó** (Budapest). **Die durch Granatfernwirkung entstandene Taubstummheit, eine medullare Erkrankung.** *Med. Klinik. No. 38. 1916.*

Die Granat- und Schrapnellexplosionen können ohne äusserliche Verletzung einen gewsisen Prozentsatz der Fälle zu Schädigungen des verlängerten Markes führen. Vorausgesetzt ist, dass infolge dieser Erschütterung die Medulla oblongata ins Foramen occipitale magnum eingekeilt wird, andererseits, dass der Liquor cerebrospinalis, an den Boden des IV. Ventrikels geschleudert, daselbst Veränderungen hervorrufen kann. Die Mehrzahl der Fälle heilt ohne jegliche Behandlung. Forzierte Behandlungsarten, endolaryngeale Faradisierungen sind direkt schädlich und können zur Fixierung der Symptome führen.

SEIFERT.

61) **B. v. Pap-Stockert. Stimmtechnik und Stimmbildung.** *Stimme. Bd. 10. H. 11. August 1916.*

v. P.-St. stellt diejenigen Eigenschaften der Gesangskunst (von Atmung, Stimme, Sprache, musikalischem und poetischem Verständnis) zusammen, welche das technische Können ausmachen und die meist erlernt werden müssen, bis zur vollkommenen Beherrschung des Stimmgebrauchs. Die Wege, auf denen das geschieht, sind verschieden und die Einhaltung einer bestimmten „Methode“ für alle Stimmen ist die Hauptursache von Misserfolgen und Stimmschädigungen.

NADOLECZNY.

62) **Josef Manas. Wie beurteilt man gesangliches Können?** *Stimme. Bd. 10. H. 12. September 1916.*

Diese Frage ist für den Arzt deshalb wichtig, weil er bei der Diagnose der Phonasthenie das gesangliche Können des Kranken beurteilen muss. M. weist zunächst darauf hin, dass natürliche Veranlagung für gewisse Seiten der Singtechnik nötig sind, z. B. für Koloratur (Triller), Höhe usw. Für letztere sieht er, ähnlich wie Maljutin, in der Gaumenbildung die organische Voraussetzung. Kurzgaumige Sängerinnen erreichen die Höhe mühelos (Gaumenmessungen fehlen! Ref.). Die Ursache des „Knacks“ beim Uebergang zur Mittelstimme der Frau sucht M. in einer falschen Kehlkopfstellung. Im übrigen „Es entscheidet nicht, was einer gelernt hat, sondern was er kann; ob mittelst Studiums oder Anlage, ist gleichgültig“ (womit M. die Frage aber auch nicht entschieden hat. Ref.).

NADOLECZNY.

63) **Hugo Löbmann. Die gesangliche Ausbildung in den Lehrerbildungsanstalten.** *Stimme. Bd. 10. H. 7 u. 8. April/Mai 1916.*

L. verlangt, dass bis zum sechzehnten, siebzehnten Jahre die Lautbildung betrieben werde und wegen des Stimmbruchs dann erst die Stimmbildung im Vordergrund des Interesses stehe. Er bespricht die Frage, was vom Fachlehrer und vom Durchschnittschüler verlangt bzw. erwartet werden kann. Bedauerlich ist, dass der Seminarlehrer vielfach durch den Singunterricht in der Volksschule verbildete Stimmen in Behandlung bekommt, und zwar bei Knaben von 13 oder 14 Jahren, Stimmen, „bei denen sich schon leise der Stimmbruch ankündigt" (!!). Die Schonung, welche der Musiklehrer für die Stimme anstrebt, wird durch die Misshandlung derselben beim „strammen Antworten" im übrigen Unterricht wieder aufgehoben. Die Lautbildung wird über der Forderung des dialektfreien Sprechens vernachlässigt; die Arbeit des Seminarmusiklehrers dringt hier nicht durch, ihre Früchte fallen in eine spätere Zeit, wenn sie überhaupt reifen. Die Zeit, welche hier zur Verfügung steht, ist im ganzen und in der einzelnen Unterrichtsstunde zu kurz. (Beherzigenswerte Worte, abgesehen von dem Irrtum mit dem Stimmbruch, der sich bekanntlich früher ankündigt.) NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

64) **John F. Barnhill** (Indianapolis, Ind.). **Wichtige Tatsachen in der Anatomie und Chirurgie der Schilddrüsen. (Essential points in the anatomy and surgery of the thyroid glands.)** *American journ. of surg. Mai 1916.*

Bei Operationen an der Schilddrüse sind von Bedeutung: 1. Die grosse Blutzufuhr, die am oberen und unteren Pol eintritt. 2. Die Kapseln (eine äussere, chirurgische und eine innere Drüsenkapsel). 3. Die Glandulae parathyreoideae, die zwischen den Kapseln liegen und von besonderer Bedeutung sind.

Hauptgefahren der Thyreoidektomie sind: 1. die Anästhesie, 2. Blutung und Shock, 3. Erstickung durch Kollaps der Trachea, 4. Verletzung des Rekurrens und 5. Verletzung oder Entfernung eines oder mehrerer Parathyreoidkörper. Es folgen Einzelheiten der Operation. FREUDENTHAL.

65) **Lanz** (Biel). **Versuche über die Wirkungen einiger Schilddrüsenpräparate auf den Stoffwechsel und das Blutbild von Myxödem.** *Berner Diss. 1916.*

Verwendet wurden aus tierischen und menschlichen Schilddrüsen:

1. Jodfreier Drüsenkörper, dessen Thyreoglobulin jodfrei ist.
2. Jodhaltiger Drüsenkörper, dessen Thyreoglobulin jodfrei ist.
3. Jodhaltiger Drüsenkörper, dessen Thyreoglobulin jodhaltig ist.
4. Reines jodhaltiges Thyreoglobulin (Jodthyreoglobulin).
5. Phosphorhaltiger jodfreier Drüseneiweisskörper (Nukleoprotoid).
6. Nukleoproteid + Jodlösung.

Die Versuche wurden zunächst an 2 Myxödemkranken gemacht. Der eine derselben litt an Athyreose, der andere an Hypothyreose. Der letztere fiel aus äusseren Gründen später aus den Versuchen weg. Sie unterschieden sich in wesentlichen Punkten. Beide hatten subnormale Temperaturen, aber der erstere zeigte geringen, der zweite normalen Kalorienverbrauch. Die Athyreose hatte

sehr ausgesprochene relative und absolute, die Hypothyreose sehr geringe Lymphozytose. Erstere ergab bei Verabreichung wirksamen Thyreoglobulins geringe, die letztere sehr ausgesprochen negative Stickstoffbilanz. Eine Stoffwechselwirkung kommt nur denjenigen Gesamtpräparaten zu, die Jodthyreoglobulin enthalten. Jodhaltige Drüsen, deren Jod nicht an das Thyreoglobulin gebunden ist, zeigt keine Wirkung auf den Stoffwechsel. Nur die Diurese wird vermehrt. Der phosphorhaltige Bestandteil der Schilddrüse, das Nukleoproteid zeigt keinerlei Wirkung.

Bei beiden Patienten hatte das Jod keine Wirkung auf den Stoffwechsel. Auch das Blutbild wurde nur bei starken Dosen von Jod verändert.

Der Jodgehalt des Präparats allein kann nicht ein Mass für die Wirksamkeit eines Thyreoidpräparates sein. Es scheint vielmehr die Parallele zwischen Jodgehalt und starker Wirkung nur zu bestehen für das an Globulin gebundene Jod, nicht für den Gesamtjodgehalt des Präparates. JONQUIÈRE.

66) **Robert Willmanns. Zur Kasuistik der Schilddrüsentuberkulose bei Morbus Basedowii.** *Diss. Göttingen 1914.*

Alle bis auf einen bis jetzt bekannt gewordenen Fälle von Kombinationen dieser beiden Erkrankungen sind histologische Zufallsbefunde; es ist bis jetzt noch nicht gelungen, ein charakteristisches klinisches Bild dafür festzustellen.

Auch der vorliegende Fall wurde erst nach der operativen Abtragung der Schilddrüse histologisch als solcher eruiert.

Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen; im Präparat fanden sich Lymphfollikel und Knötchen mit reichlich Riesenzellen und stellenweise deutlicher Nekrose. Tuberkelbazillen konnten histologisch nicht nachgewiesen werden; Impfversuche wurden nicht gemacht. Der Erfolg der Operation war ein ausgezeichneter und von dauernder Heilung des Basedow gekrönt. DREYFUSS.

67) **Peillon** (Couvet). **Ueber den Einfluss der parenteral einverleibten Schilddrüsenpräparate auf das Blutbild Myxödemkranker.** *Berner Diss. 1916.*

Diese Versuche wurden an zwei männlichen Myxödemkranken der Kocher-Klinik ausgeführt. Man spritzte die Präparate in die Oberschenkelmuskulatur. Die Stickstoffausscheidung vermehrte sich. Hiervon bestand ein Parallelismus mit dem Jodgehalt der Präparate.

Bei gleichem Jodgehalt wirkten die parenteralen Gaben stärker als die enteralen.

Das Blutbild näherte sich der Norm; absolute Zunahme der Leukozyten und prozentische Abnahme der Lymphozyten. Ausführliche Tabellen sind beigegeben.

JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

68) **Walter Rockstroh. Ueber idiopathische Erweiterung der Speiseröhre.** *Diss. Halle 1913.*

Beschreibung zweier Präparate von Fällen, die bereits von Rumpel und Schwörer 1899 und Simmonds 1913 im Hamburger ärztlichen Verein vorgestellt waren. Nichts Neues zur Lösung der ätiologischen Frage. DREYFUSS.

69) **H. Arrowsmith** (New York). **Laugenstriktur des Oesophagus. (Lye stricture of the esophagus.)** *New York med. journ. 3. Juni 1916.*

Ein $2^1/_2$jähriges Kind, das vor 6 Monaten eine Lösung von Aetzlauge verschluckt hatte, wurde erst seit Kurzem mit Bougies blindlings behandelt. Wasser, selbst in den kleinsten Gaben, wurde regurgitiert und das Kind war äusserst herabgekommen.

Infolgedessen wurde von der Oesophagoskopie vor der Hand Abstand genommen und unter lokaler Anästhesie die Gastrotomie gemacht. Bald darauf traten septische Erscheinungen auf und nach 8 Tagen der Exitus letalis. Bei der Sektion fand sich die Striktur unterhalb der Bifurkation und oberhalb derselben eine durch die Bougierung hervorgerufene und in das mit Eiter gefüllte Mediastinum führende Oeffnung. A. zweifelt, ob man endoskopisch diese Perforation überhaupt hätte entdecken können.

FREUDENTHAL.

70) **Arrowsmith. Angioneurotisches Oedem des Oesophagus.** *The Laryngoscope. S. 156. 1915.*

Eine 50jährige Frau klagte seit mehreren Wochen über zunehmende Dysphagie. Bei der Oesophagoskopie fand Verf. unterhalb des Ringknorpels eine zwei Drittel des Speiseröhrenlumens einehmende Masse, die der linken Wand anhaftete. Wassermann negativ. Verf. stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf malignen Tumor. Pat. wurde dann auf ihren Wunsch noch von Dr. Jackson untersucht, der nichts fand und eine spastische Kontraktur der Speiseröhre diagnostizierte. Später traten auch häufige und schmerzhafte Blasentenesmen, sowie Pylorusspasmen auf; auch litt Pat. an Larynxödem, das unter hohen Dosen von Morphium und Atropin zurückging. Verf. glaubt, dass auch die Erscheinungen im Oesophagus ein lokales angioneurotisches Oedem darstellten.

FINDER.

71) **Exner. Fremdkörper im Oesophagus.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 5. Mai 1916. *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 673. 1916.*

28jähriger Mann hatte im Schlaf eine Prothese mit drei Zähnen verschluckt, welche im Oesophagus in der Höhe der Bifurkation stecken blieb. Eine anderwärts vorgenommener Extraktionsversuch misslang. In der rechten Pleuraseite fand sich — als E. den Kranken sah — ein Flüssigkeitserguss, über der rechten Lunge starker Tympanismus, es stellte sich Shock ein. Der Fremdkörper war in die Pleurahöhle perforiert. Bei der Entfernung von hier aus fand sich eine 3 cm lange Perforationsöffnung im Oesophagus. Tod einige Zeit nach der Operation an Herzschwäche.

R. HOFFMANN.

72) **Pillosian Zarech. Beitrag zum Studium der Speiseröhrengeschwülste. (Contribution à l'étude de l'ulcère do l'oesophage.)** *Thèse. Genf 1915.*

Beschreibung eines Falles, in welchem die klinische Diagnose nach der Einhorn'schen Methode gestellt wurde. Dieselbe besteht bekanntlich darin, dass man den Patienten abends eine Metallkapsel schlucken lässt, die an einem Seidenfaden hängt. Der Faden wird an der Wange befestigt und bleibt über Nacht liegen. Besteht eine Ulzeration, so färbt sich der Faden an der Stelle, wo er dem Ulkus anliegt, vom Blut und der Zersetzung braun. Das Blut kann durch die Guajakprobe nachgewiesen werden. Der Abstand von der Zahnreihe wird durch Abmessen bestimmt.

DREYFUSS.

73) **A. Horner. Unterbindung der Carotis communis wegen Arrosionsblutung (Halsabszess nach Oesophagusverletzung).** *Prager med. Wochenschr. No. 27. 1914.*

57jähriger Bäckergehilfe, der eine Fischgräte verschluckte, die er im Halse festsitzen fühlte. Eine Woche nach dem Verschlucken der Gräte wurde von zwei Aerzten ein Magenschlauch eingeführt; zunächst ein weicherer Magenschlauch ohne jede Schwierigkeit, dann ein härteres Magenrohr, worauf beträchtliche Schwellung des Halses und Atembeschwerden auftraten. Laryngoskopisch fand sich Oedem der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten. Bei der von Prof. Schloffer vorgenommenen Operation (Spaltung der Halsphlegmone ungefähr 14 Tage nach Verschlucken der Fischgräte) gelangte man in einen hinter dem Oesophagus liegenden Eiterherd, der inzidiert und nach beiden Seiten drainiert wurde. Im weiteren Verlaufe kam es zur Arrosion der Karotis links durch das Drain, wahrscheinlich infolge von Draindekubitus entstanden. Bei der Unterbindung der Carotis communis erwies sich das Gefäss in seiner Wandung als äusserst morsch. Noch an demselben Tage zeigen sich rechtsseitige Hemiparese und motorisch-sensorisch-aphasische Störungen, die allmählich zurückgingen; nach etwa drei Wochen bei Entlassung bestanden noch leichtere paraphasische Störungen.

Verf. erörtert noch ausführlich den gegenwärtigen Standpunkt über Oesophagusverletzungen, Arrosionsblutungen und Unterbindung der Carotis communis. Was die Folgen der Unterbindung betrifft, so erscheint es gerade für diesen älteren Mann, der bei der Operation schwer anämisch war und schon arteriosklerotische Gefässveränderungen aufwies, von grösster Wichtigkeit, dass sich genügend Kollateralen ausgebildet haben.

STEINER (PRAG).

74) **v. Hacker** (Graz). **Ueber Oesophagoplastik im allgemeinen und über den Ersatz der Speiseröhre durch antethorakale Haut-Dickdarmschlauchbildung im besonderen.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 105.*

Ausführlicher geschichtlicher Ueberblick unter Heranziehung der Erfahrungen und der Methodik des Verfassers. Ueber denselben Fall hat v. H. bereits in der Berliner klin. Wochenschr. 1914 kurz berichtet (vgl. Referat im Internat. Centralblatt. 1915. S. 91).

DREYFUSS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Oto-Laryngologischer Verein zu Kristiania.

Sitzung vom 11. Mai 1916.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Uchermann führte eine 29jährige Frau vor, die am linken Gaumenbogen 2 ovale, im 8jährigen Alter nach Diphtherie entstandene Perforationen, und am rechten Gaumenbogen eine solche Perforation hatte. Dem Ansehen nach (sie haben glatte dünne Ränder, keine Narbenstreifen) sind sie den angeborenen Perforationen vollkommen gleich.

Dann führte U. einen 42 Jahre alten Landarbeiter mit zahlreichen, teilweise gruppenartig angeordneten, stark roten, zum Teil rundlichen, durchschnittlich hanfsamengrossen Knötchen oder Auswüchsen an der Schleimhaut der Trachea vor, und zwar dem Gebiet der Knorpelringe entsprechend, nicht an der Hinterfläche. Sie fühlten sich ziemlich fest an, bluteten nicht bei der Berührung. Ein herausgenommenes Stückchen zeigte mikroskopisch: chronische Entzündung (path.-anat. Institut). Das Leiden bot keine Symptome dar und wurde zufällig bei der Behandlung von Ekzema introitus nasi entdeckt. Wassermann negativ. Es sind einige Fälle von gutartigen Geschwülsten in Nase, Rachen und Kehlkopf beschrieben worden, die pathologisch-anatomisch auf der Grenzscheide zwischen chronischer Entzündung und Tumor stehen, und die man Plasmazytom genannt hat. Vielleicht hat man es hier mit einem Fall multiplen Plasmazytoms in der Trachea zu tun. Weitere Untersuchungen werden noch stattfinden.

U. zeigte 4 „Blechmünzen", etwas grösser als ein 50-Pfennigstück, vor, die vom oberen Teil des Oesophagus eines 6jährigen Mädchens mit Kermisson's Münzenfanger ohne vorhergehende Betäubung entfernt waren. Sie hatten sich dicht zusammengeklebt, so dass sie bei der Entfernung und bei der Radioskopie den Eindruck eines einzelnen Fremdkörpers machten. Sie hatten dort eine Woche lang gelegen. Aerztlicherseits war eine Bougie eingeführt worden, die vorbeigeglitten war, ohne das Vorhandensein von etwas Abnormem anzugeben. Pat. konnte jedoch nur flüssige Nahrung zu sich nehmen und klagte über Schmerzen. In derartigen Fällen (wenn es sich um Münzen, flache Knöpfe mit gerundeten Kanten handelt) sind Kermisson's oder mein Münzenfanger als zweckmässige und ungefährliche Instrumente zu empfehlen; auch eine Knopfbougie mit rechtwinklig abgeschnittener oberen Begrenzung des Knopfes (Leroy d'Etiolles) kann zur Anwendung kommen. Dagegen muss vor Gräfe's Münzenfänger als einem gefährlichen Instrument sehr entschieden gewarnt werden. Oesophagoskopie ist nicht notwendig.

U. besprach 2 Fälle von Erysipelas migrans nach der Operation von Cancer sinus frontalis (Rezidiv) und einer suppurativen Sinusitis frontalis chronica. Im ersteren Falle, bei einer 69 Jahre alten Frau, fand man bei Obduktion unter der ganzen Galea purulente Infiltration. Aber keine Spuren von Cancer. Keine Meningitis. Sie starb an Marasmus. Im anderen Falle, bei einer 55 Jahre alten Frau, wurde der Tod durch eine akute Nephritis herbeigeführt. Todesfälle an Erysipelas sind glücklicherweise selten; seit der Errichtung unserer Abteilung im Jahre 1891 entsinne ich mich nur eines früheren derartigen Falles.

Galtung besprach 2 Fälle von Augenerkrankungen nasalen Ursprungs. Der eine Patient litt an doppelseitiger retrobulbärer Neuritis, der andere an rechtsseitiger Neuroretinitis. Rhinoscopia ant. et post. ergab bei beiden im wesentlichen normale Verhältnisse. Da die Ophthalmologen aber die Ursache der Augenerkrankung nicht ermitteln konnten, wurde in beiden Fällen zur Oeffnung der hinteren Ethmoidalzellen und des Sinus sphenoidalis geschritten.

Diese waren im ersteren Falle mit Mucopus gefüllt, im zweiten mit Pus und Granulationen. Nach einer vorübergehenden Verschlimmerung in den ersten Tagen nach der Operation trat eine Besserung des Sehvermögens ein.

Die Fälle werden später ausführlicher beschrieben werden.

Gording trug einen Fall von otogener Pyämie vor.

Wetterstad legte einen mandarinengrossen Tumor, ein Cystadenoma nasi vor, der aus der rechten Nasenhälfte einer 66 Jahre alten Dame entfernt worden war. Die Geschwulst war von blassroter Farbe und hatte eine etwas höckerige Oberfläche. Sie füllte den Nasopharynx aus und wurde vermittelst der Schlinge entfernt. Sie ging vom hinteren Ende und der medialen Fläche der rechten Concha media aus und erwies sich bei der makroskopischen Untersuchung als ein Cystadenoma simplex. In der ihm zugänglichen Literatur hat er einen ähnlichen Fall aus dieser Region nicht finden können.

Fleischer besprach einen Fall von Herpes zoster auris bei einem 78jährigen Manne. Die Herpesbläschen hatten sich genau im Trigeminusgebiet verbreitet und erstreckten sich bis in die Gehörgänge hinein. Ein vereinzeltes Bläschen befand sich mitten auf dem Trommelfell. Es veranlasste eine spontane Perforation mit sekundärer Otitis und Mastoiditis. Vom Akustikus oder Fazialis keinerlei Erscheinungen.

Galtung.

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Juni 1916.

Vorsitzender: Killian.

A. Bruck stellt einen Patienten mit Lichen ruber der Rachenschleimhaut vor. Man sieht bei ungefähr 50 pCt. der Fälle Mitbeteiligung des weichen Gaumens. In ganz seltenen Fällen tritt die Erkrankung des weichen Gaumens primär auf und in diesen Fällen kann die Diagnose sehr schwierig sein. Bei dem vorgestellten Patienten sah man auf gleichmässig gerötetem Grunde eine Reihe zierlicher Effloreszenzen, kreisförmig, serpiginös besonders an den Rändern der Affektion, an anderen Stellen wieder zu unregelmässig geformten Flecken konfluiert, vor allem aber von einem silberigen Glanz, wie er für die Lichen-Effloreszenzen am weichen Gaumen charakteristisch ist. Auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten typische Lichenknötchen; kompliziert wird der Hautbefund hier durch ein diffuses, postskabiöses Ekzem.

Finder demonstriert einen türkischen Soldaten mit einer ausgedehnten Gesichtsverwundung, wie man sie nur selten zu sehen bekommt. Der Fall ist vor allem auch deshalb bemerkenswert, weil es erstaunlich ist, dass jemand eine solche Verwundung überstehen kann. Die Wunde als solche ist geheilt und es besteht jetzt ein riesiger Defekt, der das eine Auge, die Nase und den ganzen Oberkiefer in sich begreift, so dass zwischen der Stirn und der frei zu Tage liegenden Zunge eine grosse Lücke klafft. Der Pat. befindet sich in gutem Er-

nährungszustand; er kann die Speisen natürlich nicht kauen, sondern schiebt sie sich nach hinten auf den Zungengrund und schluckt sie herunter. Er raucht sogar, indem er die Zigarette zwischen Unterlippe und Verband einklemmt.

Weingärtner zeigt 1. eine stereoskopische Röntgenaufnahme eines Fremdkörpers im linken Hauptbronchus; 2. einen zwölfjährigen Knaben, der einen Suizidversuch gemacht hatte, indem er sich eine schwere Halswunde beibrachte; 3. einen Mann mit malignem Blastom der Nasenhöhle, welches durch Behandlung mit Röntgenbestrahlung (100 x) günstig beeinflusst worden ist.

Lehr hat einen einigermassen ähnlichen Fall beobachtet, der auch durch Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflusst worden ist. Es handelt sich um einen Mann in der Mitte der Vierziger, mit kolossalen Drüsentumoren an beiden Seiten des Halses, besonders an der linken Seite, und der wegen dieser Drüsentumoren schon wochenlang bestrahlt wurde. Nachdem er ungefähr 4 oder 6 Wochen in Behandlung gewesen war, wurde er L. wegen Verstopfung der Nase und wegen Halsbeschwerden zugeschickt. In der Nase selbst war nichts Pathologisches zu erkennen. Ausserdem hatte er von Seiten des linken Ohres die typischen Beschwerden des Tubenverschlusses. Im Halse war eine Vorwölbung der Umgebung der linken Tonsille zu sehen, ähnlich wie es bei einer Peritonsillitis der Fall zu sein pflegt. Im Nasenrachenraum fand sich ein Tumor, der die ganze linke Hälfte ausfüllte und auch zum Teil nach der rechten Seite hineinragte. Eine Probeexzision wurde nicht gemacht.

L. liess ihn nun örtlich bestrahlen, und zwar wurde er jetzt von der fazialen Seite des Oberkiefers bestrahlt, intraoral und hinter dem linken Unterkieferwinkel. Nach 6 oder 8 Sitzungen war der Tumor völlig verschwunden. Der Patient hat jetzt eine freie Nasenatmung, und auch die Beschwerden von Seiten des Ohres sind verschwunden. Die Drüsen an der Seite des Halses waren schon vorher sehr zurückgegangen. Ausserdem hat er allerdings noch einen Drüsenschatten im Mediastinum, der auch bestrahlt wurde. Der Mann musste dann abreisen. Es hat sich höchst wahrscheinlich um ein Lymphosarkom im Nasenrachenraum gehandelt.

Reimann hat einen klinisch ähnlichen Fall, bei dem die mikroskopische Untersuchung Sarkom ergab, mit Radium bestrahlen lassen, Anfangs mit glänzendem Erfolg, der aber nur 3—4 Wochen dauerte. Danach ist Pat. elend zugrunde gegangen.

Lehr: Es kommt in diesen Fällen darauf an, gleich intensiv mit Röntgen zu bestrahlen.

H. Gutzmann zeigt ein stereoskopisches Röntgenbild, das einen Patienten betrifft, der in der vorletzten Sitzung vorgestellt wurde und der einen Tangentialschuss der linken Schädelseite bekommen hatte, durch den er lange Zeit hindurch der Sprache sowohl motorisch wie sensorisch vollkommen beraubt war. Durch Uebung hat er die Sprache sehr gut wiedererlangt. Ende vorigen Jahres hatte er wieder Krampfanfälle bekommen. Diese häuften sich so, dass nochmals die Schädelhöhle geöffnet wurde. Man öffnete eine Zyste und entfernte den scharfen Rand einer Knochenleiste. Darauf schien es etwas besser geworden zu sein. Er bekommt

jetzt aber wieder Krampfanfälle und zwar werden sie in immer kürzeren Pausen bemerkbar. Er beisst sich dabei auch leicht auf die Zunge, liegt lange Zeit bewusstlos da, kommt dann wieder zu sich und hat längere Zeit hinterher Kopfschmerzen und Druckerscheinungen am Schädeldach. Deshalb wurde eine stereoskopische Röntgenaufnahme gemacht. Man sieht auf ihr die schwere Verwundung auf der linken Seite ganz deutlich als einen tiefen schwarzen Schatten im Schädel der Seitenwand des Schädels; man sieht aber auch einen sehr deutlichen, auffallend starken kleinen Schatten an der Mittellinie, am Sagittalrande des Schädels nach oben, der aussieht, als ob ein Stückchen der Lamina interna dort abgeplatzt wäre. Das Stereoskopbild ist so klar, dass man, besonders wenn noch ein frontales Bild gemacht wird, genau bestimmen kann, wo eingegriffen werden muss.

Im ganzen bestehen jetzt die Anfälle vorwiegend in Bewusstlosigkeit, aber sie sind trotzdem als Krampfanfälle aufzufassen, da sie mit Zuckungen verbunden sind, früher durchaus typische Krampfanfälle waren, bei denen die krampfhaften Zuckungen als wesentlichste Erscheinung auftraten.

H. Gutzmann: Einige Versuche zur Anwendung der Vibration bei Behandlung von Störungen bzw. Verletzungen des Stimmwerkzeuges. (Mit Vorführungen im Laboratorium für experimentelle Phonetik.)

Man hat geglaubt, die Vibrationsempfindung als eine besondere Art der Sinneswahrnehmungen ansehen zu sollen, u. a. eine Reihe von Patienten, die an nervösen Krankheiten litten, daraufhin untersucht und Unterschiede festzustellen gemeint zwischen den Störungen der andern Sinnesempfindungen. Diese Fragen bleiben hier unerörtert.

Wir haben aber zweifellos die Fähigkeit, Vibrationen schwingender Massen in besonderer Art mit unserem Getast zu empfinden, Schwingungen, die wir sonst, wenn sie durch die Luft oder durch die Knochenleitung auf uns übertragen werden, als Ton durch das Gehör wahrnehmen oder als schnelle Bewegungen durch das Gesicht erkennen. Es ist leicht, mit Hilfe einer Stimmgabel den Unterschied dieser Sinneswahrnehmungen, besonders den Unterschied zwischen den Wahrnehmungen durch Getast und den durch das Gehör bei sich selbst festzustellen. Wenn man eine Stimmgabel anschlägt und mit dem Stiel auf die Wange setzt, so hört man bei gewissen Stimmgabeln kaum einen Ton, aber man empfindet die Vibration; setzt man die Stimmgabel dagegen auf den Schädel, so empfindet man von der Vibration relativ wenig, aber man hört den Ton sehr stark. Das liegt nicht allein an der Differenzierung der Sinnesorgane und an der Verschiedenartigkeit der dem Sinne adäquaten Reize, sondern auch an der Art und Weise, wie die Reize übertragen werden. So kommt es sehr darauf an, welche Hohlräume, welche Gewebsteile unter oder neben der aufgesetzten Stimmgabel vorhanden sind. Nimmt man die Stimmgabel und setzt sie auf den erschlafften Kaumuskel auf, so hört man vom Ton kaum noch etwas und empfindet relativ wenig von der Vibration. Die Vibrationsempfindung steigt aber ausserordentlich, sobald man den Muskel spannt. Daraus ergibt sich: nur gespannte Muskeln leiten die Vibration.

Auch die Vibrationen, die der Mensch selbst durch die Stimme erzeugt, haben in dieser Beziehung ihre eigentümlichen Besonderheiten. Man sollte glauben,

dass die stärkste Vibration, diejenige, die den ganzen Menschen erschüttert, am Halse über dem Larynx sei. Das ist jedoch nicht der Fall. Wir empfinden natürlich durch die tastende Finger auch dort die Vibration, aber wir empfinden sie an der Brust erheblich stärker, ja bei Klingen in gewissen Tonlagen und mit gewissen Formen des Ansatztrohres auch stark am Schädeldach, z. B. wenn wir m, oder auch i, u sagen. Dass wir aber am Kehlkopf verhältnismässig wenig von der Vibration empfinden, rührt wohl vorwiegend daher, dass der Eigenton der gespannten Stimmlippen selbst so ziemlich gleich Null ist. Die gespannten und aneinander gepressten Stimmlippen verhalten sich bei der Tonerzeugung rein passiv. Sie werden durch die strömende Luft auseinander gedrängt, klappen durch ihre Elastizität wieder aneinander und verwandeln auf diese Weise die mit erhöhtem Druck gegen sie andrängende strömende Luft in schwingende Luft. Ihre periodische Oeffnung und Schliessung wirkt also ganz ähnlich wie die Löcher bei der angeblasenen Sirene. Wie bei dieser, so entsteht auch in unserem Stimmorgan durch die Verwandlung der strömenden in schwingende Luft der Ton, welcher demnach primäre Luftschwingung, nicht aber etwa Stimmlippenschwingung ist. Diese mehr passive Rolle der Stimmlippen wird manchmal vergessen, wenn man sich als Arzt eine Vorstellung von krankhaften Stimmvorgängen zu machen sucht. Da wir im wesentlichen auch durch das Gehör nur Luftschwingungen aufnehmen, so sieht man, dass diese Stimmerzeugungsart primärer Luftschwingung auch die beste Art für den adäquaten Reiz ist. Müsste aber die Massenschwingung erst auf die Luft übertragen werden, so ginge ein erheblicher Teil der Energie zu Grunde. (Wie z. B. bei der Geige und andern Musikinstrumenten.) Wo aber geeignete Wände oder Resonanzräume vorhanden sind, da teilt sich die Luftschwingung auch diesen mit, geht also als Vibration auf das feste Medium über. Man braucht ja nur daran zu denken, wie das klassische, tief gesprochene „Neunundneunzig“ uns aus der Vibrationsgrenze an der Brust gewisse Diagnosen vermittelt. Brustraum und Brustwand sind überaus geeignet, die Luftschwingungen aufzunehmen und für den tastenden Finger als Vibration zu übermitteln.

Wenn wir die Stimme ertönen lassen, so braucht demnach durchaus nicht an ihrer Ursprungsstelle die stärkste Vibration fühlbar zu sein. Der jüngere Hopmann aus Cöln, hat wohl zuerst versucht, die guten Vibrationsstellen von den weniger guten abzugrenzen. Allerdings ist eine feststehende Norm von mannigfachen Vorbedingungen abhängig, weil die Grenze nicht nur individuell, sondern auch nach dem jeweiligen Zustand des Untersuchten in Bezug auf Körperstellung und auf Muskeltonus verschieden sind.

Stellt man sich nun vor, wie die Luftübertragung des Ansatzrohres, z. B. bei Erzeugung eines summenden in bestimmtem Ton gesungenen m, periodisch schwingen und wir begleiten den Ton mit harmonischen, durch irgend ein Instrument erzeugten Akkorden, so werden die Schallempfindungen in bestimmter Tonhöhe, z. B. Harmoniumtöne, das Festhalten der Tonhöhe des von ihm gesungenen m überaus erleichtern. Der Versuch zeigt uns ohne weiteres, dass Stimmtöne ohne Harmoniumbegleitung nur schwer, mit dieser Begleitung auffallend leicht herauskommen werden. Der Vorgang dieser Erleichterung ist vorwiegend ein physika-

lischer, wie wir gleich sehen werden. Nur sehr selten begegnet es uns, dass ein Sänger ohne Begleitung singt. Eine gut geschulte Stimme sollte doch auch für sich allein zur vollen Geltung kommen; aber die Monodie, der Eingesang ohne Begleitung ist dem Sänger und der Sängerin äusserst peinlich und unangenehm. Die Begleitung unserer Lieder ist schon seit langer Zeit so wesentlich, dass man sie meist kaum entbehren kann. An dieser Wirkung der Begleitung hat naturgemäss auch der Sänger selbst zum mindesten den gleichen Anteil. Aber dazu kommt noch eine ihm wohl kaum recht zum Bewusstsein kommende ganz anders geartete Einwirkung. Die Schallwellen der harmonischen Begleitungstöne verstärken den Klang der Stimme, ja sie verändern den Klang oft genug wesentlich; sie müssen aber harmonisch sein, d. h. das ganze Vielfache eines Grundtones sein. Ein Versuch am Harmonium zeigt das Gleiche auch für die Vibrationsempfindungen. Schlagen wir am Harmonium ein c allein an, so empfinden wir, wenn wir die Hand irgendwo an das Harmonium halten, die Vibration sehr deutlich. Die Vibrationsempfindung erstreckt sich aber, sowie wir neben dem c noch Akkorde anschlagen, die dazu harmonisch sind, z. B. ausser c noch gleichzeitig c — g — e — c^1. Ebenso darf man sich die Einwirkung der Begleitung auf die Stimme des Sängers vorstellen.

Untersuchungen ergaben, dass die Unterschiedsempfindlichkeit der Vibrationsempfindung einen halben bis einen ganzen Ton betrug, also genügend war, um diese Tonhöhenunterschiede auch durch die Vibrationsempfindung allein — also mit Ausschluss des Gehörs — wahrzunehmen. So wurde es erklärlich, dass Helen Keller den Charakter bestimmter Musikstücke nur auf dem Umwege der Vibrationsempfindung leicht erkennen konnte. Die Taubstummen würden also, wenn ihnen eine melodische Stimme durch Vermittlung der Vibrationsübertragung und Vibrationsvergleichung übermittelt würde, in gewissem Grade singen lernen können. Immerhin erscheint solche Uebertragung der Vibrationsempfindung sehr schwerfällig, mühsam und umständlich. Es gibt aber einen weit einfacheren Weg, der unmittelbar zur Tonhöhenvergleichung führt, ja geradezu zwingt.

Wenn man zwei Stimmgabeln, deren Töne nahe beieinander liegen, tönen lässt, so entstehen bekanntlich Schwebungen; bald verstärken sie, bald schwächen sie ihre Schwingungen einander. Die Schwebungen hören wir als Verstärkung in Abschwächung des Tones. Wenn wir aber mit dem gesummten m von dem Tone des Harmoniums abweichen, bekommt der ganze Resonanzraum Schwingungsstösse, die so stark sind, dass sie als Stösse am Kehlkopf, der auf und ab hüpft, tastbar sind. Dabei kann das Harmonium ziemlich entfernt stehen. Daraus folgt: Die Sängerin oder der Sänger wird durch die Begleitung geradezu gezwungen, den richtigen Ton hervorzubringen; sie können gar nicht abweichen. Nun nehmen wir statt zwei Stimmgabeln unsere eigene Stimme und den entsprechenden Ton des Harmoniums. Solange beide Töne übereinstimmen, klingt der erzeugte Gemeinschaftston gleichmässig. Auch bemerkt man, dass es uns schwer fällt, mit dem gesungenen Ton überhaupt vom Harmoniumton abzuweichen.

Grössere Abweichungen sind uns, wie dies gleichfalls der akustisch-physikalischen Lehre entspricht, leichter möglich, als die kleinen Abweichungen, bei welchen gerade die stark wirkenden Schwebungsstösse entstehen. Die Grösse der

Schwebungsstösse wächst bei ihnen in der Tat auch für unsere Gehörswahrnehmung. Die langsamen Schwebungen, also die, bei denen die Schwingungszahl beider Töne nur wenig abweicht, zeigen eine wesentlich höhere Amplitude, als die häufigen Schwebungen bei grösserer Differenz der Schwingungszahl. Wir brauchen also, wenn wir nur auf das Gleichbleiben der Tonhöhe einwirken wollen, überhaupt kein Instrument auf den Körper des Patienten zu bringen, uns genügt die Uebertragung durch die Luft.

Es sind aber viele Gründe vorhanden, die es dennoch zweckmässig erscheinen lassen, die Vibration auf Stellen des Körpers unmittelbar wirken zu lassen. Dabei bedarf es keiner weiteren Darlegung, dass die Vibrationen ebenso auf die Stimme einwirken, wenn wir sie unmittelbar an die Körperwand des stimmerzeugenden Menschen bringen. Die dazu besten Stellen werden im einzelnen Falle etwas verschieden sein, werden aber stets an solchen Orten der Körperwand liegen, an welcher Aufnahmefähigkeit und Uebertragung der Vibration am leichtesten vor sich gehen. Die auf die Brust aufgesetzte Stimmgabel wirkt nach dem früher gesagten mindestens ebenso gut, wenn nicht besser, als die an den Schildknorpel gedrückte. Ein Versuch wird uns davon leicht überzeugen. In gewissen Fällen wird man aber trotzdem die Gegend des Kehlkopfes als beste Uebertragungsstelle vorziehen, so z. B. bei rechtsseitiger Rekurrenslähmung, bei manchen Formen der Phonasthenie u. a. m. Bei Stimmstörungen des weiblichen Geschlechts, die fast stets mit fehlerhafter Atembewegung, besonders mit völliger Ausserachtlassung der Zwerchfellbewegungen verbunden zu sein pflegt, wählt man die Gegend des Epigastriums und die vordere Bauchwand. Da aber diese weichen Teile sich bei Einatmung wie bei Ausatmung rein passiv verhalten müssen und daher die feinen Stimmgabelvibrationen sehr schlecht aufnehmen würden, so sind stärkere Vibrationsstösse nötig, deren verschiedenartige Erzeugungsarten mit Vibrationsempfindung im allgemeinen bekannt ist. Ihre Einwirkung auf die entfernte Stimmquelle ist überaus milde und vor allem ohne jegliche Reizerscheinung am Stimmorgan. Auch wird — was oft vielleicht der wesentliche Grund einer auffallenden schnell eintretenden günstigen Einwirkung sein mag — die Aufmerksamkeit vom Kehlkopf abgelenkt. Natürlich soll dabei gleichzeitig die Abdominalatmung richtig gemacht und daher stets kontrolliert werden. Gutzmann.

III. Briefkasten.

Herr Dr. Oppikofer hat sich infolge grosser Inanspruchnahme durch anderweitige Tätigkeit gezwungen gesehen, seine Mitarbeit bei unserem Blatte niederzulegen. Wir sagen ihm auch an dieser Stelle für die ausgezeichneten Dienste, die er dem Centralblatt geleistet hat, unseren aufrichtigsten Dank. An seine Stelle tritt Herr Dr. Schittler (Basel), Assistent der Siebenmann'schen Klinik.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXII. Dezember 1916. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **R. Dreyfuss** (Strassburg), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1916) **15 Mark.**

Berlin 1916.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXII. Berlin, Dezember. 1916. No. 12.

Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Oserjer** (Orenburg). **Die Frequenz und Verteilung des Sarkoms in der Schweiz in den Jahren 1905—1914.** *Berner Dissert. Bern, Buchdruckerei Feuz. 1916.*

Von 100 Sarkomtodesfällen betrafen bei den Männern 4,28 pCt. die Schilddrüse, 1,09 pCt. den Kehlkopf, 2,72 pCt. den Oberkiefer und 2,33 pCt. den Unterkiefer; bei den Weibern 4,2 pCt. die Schilddrüse, den Kehlkopf nur 0,38 pCt., den Oberkiefer 2,94 pCt., den Unterkiefer 1,24 pCt. Eine wesentliche Differenz für die Geschlechter zeigt sich nur bezüglich des Kehlkopfes. Die Gesamtzahl der Sarkomtodesfälle für die Schweiz in den zehn Jahren beträgt 2573.

Der Titel dieser Arbeit ist unrichtig, da sie sich nur über Sarkomtodesfälle, nicht über Frequenz der Sarkome ausspricht. Sie kann deshalb mit der Arbeit Jossel's über Frequenz des Krebses in der Schweiz nicht verglichen werden.

JONQUIÈRE.

2) **Jossel** (Kelmi). **Der Krebs in der Schweiz.** *Berner Dissert. Bern, Akad. Buchhandl. Max Drechsel. 1916.*

Die Erfahrung anderer Länder, dass der Krebs für das weibliche Geschlecht entschieden gefährlicher sei als für das männliche, findet in der Schweiz nach Verf. keine Bestätigung bezüglich der Gesamtzahlen, die für die Männer 21224, für die Weiber 21416 betragen. Dagegen differieren bei den Geschlechtern einzelne Lokalisationen der Krankheit wesentlich.

Bei den Frauen sind die Karzinome der Geschlechtsorgane 60mal häufiger als bei den Männern. Dagegen ist bei letzteren der Lippenkrebs beinahe 6mal, der Zungenkrebs mehr als 10mal, der Speiseröhrenkrebs 7mal häufiger als bei Weibern. Alle diese speziellen Tatsachen erklären sich von selbst.

JONQUIÈRE.

3) **Aron Aschmann. Ueber die im Jahre 1912 von der laryngologischen Poliklinik in München beobachteten Krankheitsbewegungen, mit besonderer Berücksichtigung der Fremdkörperfälle.** *Dissert. München 1914.*

Statistische Zusammenstellung des Krankenmaterials. Bei den Fremdkörperfällen handelte es sich um 11 in der Nase, 1 Metallschraube im rechten Bronchus eines 3jährigen Kindes, 1 im rechten Bronchus einer 66jährigen Frau, 7 Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus, von denen 3 näher beschrieben werden.

DREYFUSS.

4) **Gerber** (Königsberg). **Beobachtungen am Kriegslazarett.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 3. 1916.*

Aus seiner Tätigkeit an Kriegslazaretten Galiziens und Polens berichtet Verf. namentlich über Chirurgie des Halses und Kopfes.

Anginen sind in 30—50 pCt. kompliziert mit Nephritis; die spezifische (luetische) Angina wird sehr häufig verkannt und nicht diagnostiziert. Nicht sehr selten sind funktionelle Stimmstörungen sowohl nach Verletzungen des Halses, als auch ohne solche (reine Schockerkrankungen). Tracheotomie ist häufig indiziert sowohl nach schweren Halsschüssen, als auch nach scheinbar leichten Tangentialschüssen des Kehlkopfes mit Veränderungen des Kehlkopfinnern (Oedem, Fixation des Krikoarytänoidggelenkes) und Rekurrenslähmungen.

Nebenhöhlenaffektionen sind nichts Seltenes, ebensowenig Schussverletzungen der Nebenhöhlen, die oft reaktionslos heilen, oft schwere Komplikationen nach sich ziehen. Bei Behandlung der Schädelschüsse pflichtet Verf. den Forderungen von Müller und Link bei, jeden Tangentialschuss als schwere Verletzung zu betrachten: Breites Eröffnen der Wunde bis auf die Dura, Splitterentfernung. Ausführliche Wiedergabe verschiedener Krankengeschichten.

SCHLITTLER.

5) **Fr. Levy** (Bromberg). **Ueber Fleckfieber.** *Beitr. z. Klinik d. Infektionskrkh. u. z. Immunforsch. Bd. 4. 1916.*

Die typische Fleckfieberzunge ist kaum zu erkennen, sie ist weisslich, meist stark belegt, dick, vergrössert, mit Eindrücken der Zähne an den Rändern, ihre Mitte wird besonders während des späteren Krankheitsverlaufes trocken und gelblichbraun. Der Rand der Zunge erscheint zyanotisch, bordeauxrot. Auf diese Randveränderungen der Zunge ist für die Diagnose grosser Wert zu legen. Ein grosser Teil der Kranken litt an Luftröhrenentzündungen, die meist unter der Bäderbehandlung zurückgingen. Häufig wurden Kranke von Laryngitiden befallen, die sich durch Heiserkeit, nur vereinzelt durch Schmerzen bemerkbar machten, bei drei Fällen trat Glottisödem auf, so dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Bei einem dieser Fälle wurden bei der Obduktion fast alle Kehlkopfknorpel nekrotisch gefunden.

SEIFERT.

6) **Siebenmann** (Basel). **Otorhinologische Beiträge zur Kenntnis der Hysterie.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 40. 1916.*

In neuerer Zeit scheinen nach S. häufig diejenigen Fälle von otorhinologischer Hysterie besonders bei Frauen aufzutreten, die man als Furor operativus bezeichnen kann. Derselbe befällt meistens juvenile Frauenzimmer, die schon vorher

eine lokale Entzündung der betreffenden Organe wirklich durchgemacht haben. Sie fangen danach an alle möglichen Krankheitserscheinungen, Fieber, Eiterungen u.a.m. zu simulieren, so dass an ihnen von in Hysterie wenig erfahrenen Spezialisten grosse Radikaloperationen ausgeführt werden. S. beschreibt des Näheren zwei solche Fälle. Schliesslich führt er noch den Fall eines Knaben an, der durch eine in seiner Nähe niederfallende Bombe, ohne selbst getroffen worden zu sein, vorübergehende hysterische Taubstummheit erlitt. Alle diese Symptome verschwanden allmälich, bisweilen unter Mithilfe von lokaler Behandlung. JONQUIÈRE.

7) **Russell H. Beggs** (Pittsburgh, Pa.). **Die Behandlung der tuberkulösen Adenitis mittels Röntgenstrahlen. (The treatment of tuberculous adenitis by Roentgen rays.)** *New York med. journ. 27. Mai 1916.*

B. schliesst aus seinen Erfahrungen, dass die Wirkung der Röntgenbestrahlung nicht nur eine lokale, sondern auch allgemeine sein muss (Verschwinden einer tuberkulösen Erkrankung an irgend einem Körperteile, nachdem eine ganz andere Stelle bestrahlt worden war). Die allgemeine Ansicht, dass durch Entfernung einer Tonsille die Infektion behoben und die Drüsenschwellung beseitigt werde, ist für manche Fälle wohl zutreffend. Nach der Ansicht des Verf.'s aber und der anderer Röntgenologen wird die tuberkulöse Adenitis dadurch in vielen Fällen verschlimmert. Im ersten Falle dürfte die Adenitis entzündlicher, aber nicht tuberkulöser Natur sein. Zum Schluss dieses interessanten Artikels bemerkt Verf., dass durch Anwendung der von Coolidge angegebenen Tube viel exakter und sicherer gearbeitet werden kann.

Die Röntgenbestrahlung ist die beste Methode, wenn die Drüsen diffus und im Zerfall begriffen sind. Wenn die Lungen mitaffiziert sind, dann ist die Röntgenbestrahlung zusammen mit hygienischen Massnahmen die einzige Methode, die in Betracht kommt. FREUDENTHAL.

8) **Janaki Nikoloff. Die Röntgentherapie der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses und die Frage des Rezidivs.** *Dissert. Heidelberg 1916.*

Von 112 einschlägigen Fällen aus dem Jahre 1912, die in der chirurgischen Klinik zu Heidelberg klinisch oder ambulant mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, konnten in statistischer Beziehung nur 96 verwertet werden. Davon wurden geheilt 56 (allerdings liegen von einem Teil derselben nur briefliche Antworten vor), gebessert 22, ungeheilt 10, gestorben 8. DREYFUSS.

9) **Guisez. Allgemeine Anästhesie mittels direkter Intubation bei Operationen am Kopf und Hals. (Anésthésie générale par l'intubation directe dans les opérations sur la tête et sur le cou.)** *Acad. de méd. 16. Oktober 1916.*

Es wird mittels der direkten Laryngo-Tracheoskopie ein Rohr eingeführt, durch welches ein genau abtitriertes Gemisch von Chloroform und Luft direkt in die Trachea gebracht wird. Das Verfahren unterscheidet sich von der amerikanischen Insufflationsanästhesie dadurch, dass bei letzterer das Chloroform-Aethergemisch mittels eines besonderen Apparates in die Bronchien insuffliert wird und die Exspiration sich in dem Raum vollzieht, der zwischen dem Rohr und der Kehlkopf-Trachealwand frei bleibt, während hier das Chloroform-Luftgemisch durch

das Rohr ein- und ausgeatmet wird. Verf. setzt die Vorzüge des Verfahrens auseinander. (Es ist nicht recht ersichtlich, inwiefern sich die Methode — ausser durch die Art der Einführung des Rohres — von der Kuhnt'schen peroralen Tubage unterscheidet. Ref.)

FINDER.

10) **Fritz Schiffner. Versuche über die Anwendbarkeit der intratrachealen Insufflation bei Vergiftungen.** *Dissert. München 1914.*

Experimente mittelst Trachealkatheters und Flaschengebläse, bei dem je nach Bedarf durch Abklemmen Narkotika oder frische Luft eingeblasen werden konnten.

Die Ergebnisse lauten kurz gefasst:

1. Die intratracheale Insufflation ist sehr geeignet, langdauernde Narkose bei Tieren, besonders bei Hunden, durchzuführen. Die Narkosen verlaufen äusserst gleichmässig; sollte ein Atemstillstand durch Aether oder Chloroform eintreten, so ist derselbe durch Insufflation reiner Luft rasch wieder zu beseitigen. Auch schwere Schädigungen der Zirkulation sind in kurzer Zeit wieder korrigierbar. Herzstillstände wiederum zu beheben, gelang uns aber nicht.

2. Ohne Insufflation tödlich wirkende Dosen von Giften, die das Atemzentrum lähmen, sind bei Verwendung von Insufflation nicht mehr letal. So können von Na_2S Dosen intravenös verabreicht werden, die die normale letale Dosis um das Dreifache übersteigen.

DREYFUSS.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **Joseph Golling. Anthropologische Untersuchungen über das Nasenskelett des Menschen.** *Dissert. München 1913 und Zeitschr. f. Morphol. u. Anthrop. Bd. 17. H. 1.*

Die Ergebnisse der Arbeit, die sich mit vergleichenden Messungen der knöchernen Nasenhöhe, Nasenbreite, Nasenindex, Nasenbreitenindex, Abstand der Augenhöhlen und Augenhöhlenabstandindex an 23 verschiedenen Menschenrassen — auch ausgestorbenen — beschäftigt, eignen sich nicht zu kürzerem Referat.

DREYFUSS.

12) **Haenisch** (Kiel). **Ueber angeborene Septumanhänge.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 3. 1916.*

Verfasser berichtet an Hand histologischer Präparate über zwei kleine Tumoren, die er bei einem jungen Manne am vorderen Septumende exstirpiert hat. Da die bisher beschriebenen Bildungsanomalien — Fibrome, Septumpolypen, rudimentäre Septumdrüse Gegenbaur's — sich in ihrer Struktur deutlich von den genannten Tumoren unterscheiden — es handelt sich bei diesen um reine Ausstülpungen der Schleimhaut — so schlägt Verfasser den Namen Appendix septi congenita vor.

SCHLITTLER.

13) **Siebenmann. Ausgedehnter Nasentumor.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 26. 1916.*

Linke Nasenhöhle, Choane und Sinus maxillares ausgefüllt mit weicher Fibrommasse, sogenannter Amyloidtumor. Abtragung der vorderen Sinuswand bis

zur Incisura pyriformis narium, Freilegung von Nasen- und Kieferhöhle nach Denker. Entfernung der ganzen Geschwulst, die von den Siebbeinhöhlen auszugehen schien. Amyloidtumoren sind hier selten, und wachsen häufiger in Luftröhre und Bronchien.

JONQUIÈRE.

14) **G. W. Mackenzie. Ein Fall von Leontiasis ossea, wegen Nasenverstopfung operiert. (A caso of leontiasis ossea, operated for obstructive nasal respiration.)** *The journ. of ophthalmol., otol. and laryngol. Januar 1916.*

Ein Fall von Virchow's Leontiasis ossea. Wegen der zunehmenden Verdickung der Gesichts- und Schädelknochen bei Leontiasis ossea werden die Nasennebenhöhlen allmählich knöchern ausgefüllt und verschwinden. Die Foramina der Nerven und Gefässe verschliessen sich und falls der Patient lange genug lebt, kommt es schliesslich zur Kieferanchylose.

Mackenzie's Patient war 40 Jahre alt. Die beiden Seitenwände der Nasenhöhle hatten sich der Scheidewand durch knöchernes Wachstum genähert, so dass er schliesslich zwischen sie fest eingezwängt war und zur Zeit der Operation wegen des Drucks durch Atrophie verschwunden war. Die äussere Nase wurde umschnitten und nach oben geklappt. Mit Fräse und Meissel wurde dann submukös der elfenbeinharte Knochen der nasalen Seitenwände in zwei und ein halb Stunden entfernt. Nach einigen Monaten war der kleinfingergrosse durch die Operation hergestellte Kanal auf zwei Drittel der ursprünglichen Grösse verkleinert.

OTTO T. FREER.

15) **Ochsenius. Ueber Nasendiphtherie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. S. 1450. 1916.*

Bei 32 bakteriologisch festgestellten Fällen beobachtete Verf. Neigung zu häufigen, gewöhnlich unbedeutenden Blutungen der Nasenschleimhaut, im allgemeinen günstigen Verlauf unter Anwendung von Diphtherieserum, auffallende Disposition zu Rezidiven.

KOTZ.

16) **E. Meyer** (Strassburg i. E.). **Profuse Nasenblutung nach Typhusimpfung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. S. 633. 1915.*

Die Blutung war nicht Folge der Impfung, sondern einer frühzeitigen Arteriosklerose.

R. HOFFMANN.

17) **Emile Weil** und **Philippe. Nasokardialer Reflex. (Réflexe naso-cardiaque.)** *Société méd. des hôpitaux. 21. Juli 1916.*

Verfasser haben Untersuchungen darüber angestellt, ob es ebenso wie einen okulo-kardialen Reflex auch einen naso-kardialen Reflex gäbe. Sie sind zu dem Ergebnis gelangt, dass dies der Fall ist; jedoch habe er nur ein biologisches Interesse, seine Festellung sei ebenso schwierig wie für den Kranken unangenehm.

FINDER.

18) **Werner Titschack. Augenbeteiligung bei Nebenhöhlenerkrankungen.** *Diss. Kiel 1916.*

Beschreibung von 24 Fällen verschiedener Art, und zwar maligne Tumoren, Osteome, Stirnhöhlen- und Siebbeinzelleneiterungen, bei denen Augenkomplikationen bestanden.

DREYFUSS.

19) **Ernst Timm. Die Beteiligung der Nebenhöhlen der Nase bei der Tränensackeiterung.** *Diss. Rostock 1913.*

Untersuchung an 27 Fällen der Rostocker Augenklinik auf die Beteiligung der Siebbeinzellen. Die Kranken wurden mikroskopisch und mittelst Röntgenverfahren untersucht. 5 Fälle zeigten nach beiden Methoden positive Befunde, 6 nur Verdunklung im Röntgenbilde ohne rhinoskopische Bestätigung. Zu einem bestimmten Urteil bezüglich des Zusammenhangs von Siebbeinzellenerkrankung und Tränensackeiterung kommt T. nicht, möchte vielmehr nur kasuistisches Material zur Frage beibringen.

DREYFUSS.

20) **E. Knutson. Fälle von Nebenhöhleneiterungen mit tödlichem Verlauf.** Aus dem Bericht der Abt. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh. des Krankenhauses Sabbatsberg in Stockholm. *Otto-laryng. Meddelanden. Bd. 2. H. 3. Aug. 1916.*

1. Fall von akuter Pansinusitis mit Osteomyelitis und Meningitis purul. ac. — Operation. Tod.

38jähriger Mann. Aufgenommen am 24. 1. Tod am 24. 5. 1916. Bei der Aufnahme Symptome von akuter linksseitiger Pansinuitis mit subperiostalem Abszess der Stirngegend. Trotz energischer chirurgischer Behandlung entwickelte sich eine Osteomyelitis frontalis et parietalis; Entfernung von grossen Teilen der Stirn- und Scheitelbeine konnten eine Meningitis nicht verhindern.

2. Fall von Ethmoiditis chr. bilat. cum polyp. Nephritis chr. Meningitis purul. ac. Tod.

39jähriger Mann. Aufgenommen am 20. 1. Tod am 31. 1. 1916. Beide Nasenhälften mit Polypen gefüllt. Kein Eiter in den Oberkieferhöhlen (Punktion); die Stirnhöhlen bei Durchleuchtung und Perkussion normal.

Operation am 21. 1.: Ausräumung des rechten Siebbeins und Trepanation der rechten Keilbeinhöhle. Eiter in beiden. Operation am 25. 1.: Ethmoidectomia sin. Trepan. sin. sphenoid. sin.; die Keilbeinhöhle ohne Veränderung, in den hinteren Siebbeinhöhlen Eiter. Am Abend nach dieser Operation Temperatur 38,3, Puls 84. Kopfschmerzen. Allmählich subjektiv und objektiv Symptome von Meningitis. Tod am 31. 1. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose und zeigte, dass die Dura nebst umgebenden Knochen nicht lädiert war.

3. Fall von Pansinusitis acuta sin. Abscessus cerebri. Tod.

21jähriges Dienstmädchen. Aufgenommen am 29. 6. Tod am 30. 6. 1916. Am 9. 6. Trepanation der linken Stirnhöhle und Ausräumung des linken Siebbeins. Patientin wurde am 15. 6. entlassen um ambulatorisch behandelt zu werden. Die Patientin, die über Kopfschmerzen trotz guter Drainage der geöffneten Nebenhöhlen klagte, verschwand von der Poliklinik, kam aber nach 14 Tagen zurück mit Zeichen von intrakranieller Komplikation. Während der Vorbereitung für die Operation starb sie plötzlich. Die Sektion zeigte im linken Frontallobus einen gänseeigrossen Abszess, der in die Seitenventrikel perforiert war.

E. STANGENBERG.

21) **Albert Wichmann. Ueber Siebbeinoperationen.** *Diss. Bonn 1913.*

Nach einem letal verlaufenen Fall von endonasaler Siebbeinoperation im Jahre 1909 wird in der Bonner Ohrenpoliklinik nur noch extranasal nach

Killian's Methode operiert. Sämtliche operierten 147 Fälle wurden bis auf einen geheilt; der letztere ging nach 5 Tagen an Sepsis zugrunde. Bei dem endonasal operierten fand sich ein artefizielles Loch in der Lamina cribrosa, das die Schuld an der foudroyanten Meningitis trug.

DREYFUSS.

22) **Francis B. Kellog. Eine verbesserte submuköse Resektion. (An improved submucous resection.)** *Journal of ophthalmol., otol. and laryng. 1916.*

Der Verf. beschreibt die Schwierigkeiten, welche ihm bei der Entfernung knöcherner, vomero-ethmoidaler Verbiegungen der Nasenscheidewand begegneten, und findet des Referenten Weise der Entfernung solcher Verbiegungen mit dem Meissel fehlerhaft, indem die Schleimhaut der Konvexität solcher sogenannter Cristae bei ihrer Ablösung zerrissen werde. Er löst die Mukosa von der oberen und unteren Seite der Crista ab und schneidet dann mit der Schere die knorplige Kante weg. Dann sägt er die Crista fort. (Es ist ein Rückschritt, Säge und Schere, diese Schleimhautzerstörer, in die Technik der submukösen Resektion wieder einzuführen. Mit dem Raspatorium, welches ich in meinem letzten Aufsatz über die submuköse Resektion [Journal of the american medical association, 1912] beschrieben und abgebildet habe, lässt sich auch die adhärenteste Schleimhaut von der scharfkantigsten knöchernen Verbiegung intakt abheben und dem Geschickten macht es keine Schwierigkeit, mit Meissel und der Freer-Grünwald-schen Zange, den Knochen, auch aus der grössten Tiefe der Nasenhöhle, ohne Nebenbeschädigungen herauszuholen. Ref.)

OTTO T. FREER.

23) **A. M. Painter** (Youngstown, Ohio). **Kokainanästhesie bei der submukösen Resektion des Septum narium. (Cocain anesthesia for submucous resection of nasal septum.)** *Journ. of the amer. med. assoc. 8. Januar 1916.*

Die von Freer vor Jahren angegebene Methode der direkten Applikation von reinem Kokain wird hier empfohlen mit dem Zusatz, dass dieselbe direkt auf die Nervenstämme gemacht werden solle.

FREUDENTHAL.

24) **Erich Ballmann. Welche Beziehungen bestehen zwischen den Verbiegungen der Nasenscheidewand, den Nasenmuscheln und dem Siebbein?** *Diss. Giessen 1915.*

Die Schrift, welche als Lösung einer Preisaufgabe der medizinischen Fakultät Giessen erschien, beschäftigt sich in der Hauptsache mit den Deviationen des Septums; das Siebbein ist, soweit Ref. ersieht, nicht, wie der Titel andeutet, berücksichtigt.

Zur Verfügung standen 145 Schädel Erwachsener aus der anatomischen Sammlung, ferner 28 Kinderschädel, an denen aber keine Septumdeviationen festzustellen waren. Die Schädel wurden auch auf ihren Länge-Breitenindex gemessen; dabei ergab sich bei einem für statistische Feststellungen allerdings kleinen Material, dass bei Dolichozephalen in 40 pCt., bei Mesozephalen in 26 pCt., bei Brachyzephalen in 23 pCt. das Septum symmetrisch war. Männer zeigten häufiger Asymmetrie als Frauen. B. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Deviatio septi tritt erst in der Pubertätszeit auf und ist an Schädeln von Europäern in 74 pCt. zum Teil mit, zum Teil ohne Crista lateralis anzutreffen.

Eine Differenz in der Breite der Choanen ist verhältnismässig häufig nachweisbar, doch scheint keine Beziehung zwischen ihr und Septumdeviation zu bestehen.

Aus der Richtung der Nasenbeine lässt sich kein sicherer Schluss auf die Richtung der Deviation ziehen.

Eine Lösung der ätiologischen Frage der Septumdeviationen bringt die Arbeit nicht.

DREYFUSS.

25) **Ernst Schlesies. Die Komplikationen nach der submukösen Resektion der Nasenscheidewand.** Aus der Univ.-Ohrenklinik in Leipzig. *Diss. Königsberg 1915.*

Unter 125 Fällen von submuköser Resektion kamen 37 postoperative Fiebererkrankungen vor.

Ein Fall endete letal. 26 Jahre alter Schlosser ging 2 Tage nach der Operation an foudroyanter Meningitis zugrunde. Die Autopsie ergab einen Riss in der Lamina cribrosa der linken Seite. (Die Deviation war nach rechts gerichtet.)

DREYFUSS.

26) **Frank C. Todd** (Minneapolis, Minn.). **Klammer für das Septum narium. (Nasal septum clamp or splint.)** *Journ. amer. med. assoc. 29. April 1916.*

Die Klammer besteht aus Sprungfedern, die zu beiden Seiten des Septums eingeführt werden und so die Tamponade nach der submukösen Resektion ersetzen sollen.

FREUDENTHAL.

27) **E. Knutson. Fälle von Hypophysistumoren.** Aus dem Bericht der Abt. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh. des Krankenh. Sabbatsberg in Stockholm, *Oto-laryng. Meddelanden. Bd. 2. H. 3. 1916.*

1. Fall von Tumor hypophyseos. — Meningitis postoperativa. — Tod.

23jährige Dame. Aufgenommen am 17. 3. Tod am 26. 3. 1915. Seit 15 Monaten litt die Pat. an Tumor hypophys. mit Symptomen von Akromegalie, Degeneratio adiposogenitalis und Chiasmadruck.

Operation nach Hirsch: Die Tumorreste wurden mit Radium während 22 Stunden behandelt; nach 3 Tagen starb die Pat. an Streptokokkenmeningitis.

2. Fall von Tumor hypophyseos. — Meningitis cerebrospinalis. — Tod.

28jährige Dame. Aufgenommen am 19. 10. Tod am 12. 12. 1915. Symptome von Gehirntumor seit Februar 1913.

Operation am 3. 11. nach Hirsch: Bedeutende Besserung und Heilung nach einer Woche. Da die mikroskopische Untersuchung des Tumors Cancer zeigte, wurde nach Spaltung der nach der Operation gebildeten Membran Radium in die Tumorreste eingeführt; unmittelbar danach unstillbares Erbrechen bis zu 27 Stunden nach der Entfernung der Radiumkapsel, nebst Kopfschmerzen. Um eine Infektion von der Nase zu verhindern, wurden die Tumorreste und Umgebung mit Jod gepinselt. Am 6. 12. heftige Angina und 2 Tage später eine intensive Infektion der Nasenhöhlen mit Bildung von fibrinösen Membranen; am 10. 12. deutliche Symptome einer Zerebrospinalmeningitis. Tod am 12. 12.

3. Fall von Tumor hypophyseos cum Acromegalia. — Operation. — Tod.

48jährige Frau. Aufgenommen am 10. 11. Tod am 10. 12. 1915.

Am 9. 12. wurde Hypophysisoperation nach Hirsch gemacht; nach derselben, die vollständig normal verlief, klagte die Pat. über Kopfschmerzen; um 3 Uhr folgender Nacht bekam sie einen Anfall von grösster Unruhe, die nach 1 cgm Pantoponskopolamin aufhörte; 3 Stunden später starb sie plötzlich. Die Sektion zeigte Blutungen in dem Tumor und in seiner Umgebung; kein Zeichen von Meningitis.

E. STANGENBERG.

28) **Siebenmann** (Basel). **Sarkom des Nasenrachenraums, geheilt durch Mesothorium.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 37. 1916.*

Bei einem sechzehnjährigen Jungen seit drei Jahren entwickelt. Erste anatomische Diagnose Fibroma lymphangiectodes, anfänglich nur in der Nase. Rasche Rezidive, Ausfüllung des Antrum Highmori, teilweise Zerstörung des Keilbeins. Dura durchzutasten: Anatomische Diagnose Sarkom. Ausfüllung des Nasenrachenraums, Nekrose der Wände desselben. Schmerzen, Fieber, starke Blutungen, Abmagerung, Einschmelzen des weichen Gaumens. Therapie: Einlegen eines 53,5 mg Mesothorium enthaltenden Silberröhrchens, das mit Watte und Gummipapier umwickelt war, auf die Dauer von 48 Stunden in das Cavum retronasale, zweimal, Ende Dezember und anfangs Januar, führt ganz langsam bis Mitte März Stillstand des Prozesses und Vernarbung, sowie gänzliches Verschwinden der Geschwulst herbei.

Ein ähnlicher Fall des Verf. wurde auf dieselbe Weise geheilt.

Bei Karzinom wirkt Mesothorium wenig oder gar nicht. Dagegen trat sehr günstige Wirkung ein bei einer rasch vorschreitenden Form von Tuberkulose des Nasenrachenraums.

JONQUIÈRE.

c) Mundrachenhöhle.

29) **Joseph Mendel. Untersuchungen über die Amoeben bei Pyorrhoea alveolaris und anderen Mundkrankheiten. (Recherches sur les amoebes dans la pyorrhée alvéolaire et les autres stomatopathies.)** *Ann. de l'institut Pasteur. XXX. No. 6. 1916.*

Die Amoeben bilden einen häufigen Befund in der Mundhöhle des Menschen und die Entamoeba buccalis ist keineswegs, wie Bass und Johns behauptet haben, die spezifische Ursache der Pyorrhoea alveolaris. Wenn man den Mikroorganismus zwar fast in allen Pyorrhoefällen findet, so findet man ihn andrerseits auch in schlecht gehaltenen Mundhöhlen und zwar vornehmlich in den die Zähne bedeckenden käsigen Massen. In den sorgfältig gepflegten Mundhöhlen findet man die Amoeben in jedem zweiten Fall. Nach dem Verf. fällt die Anwesenheit des Mikroorganismus zusammen mit einem Nachlassen der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Menschen, sie ist begleitet von einem Zustand der Hyperleukozytose im Exsudat der Gingiva und kann als Symptom einer gewissen Prädisposition zur Alveolarpyorrhoe betrachtet werden. Untersucht man die Mundhöhle im Lauf von

Infektionskrankheiten, so beobachtet man, dass die Amoeben fehlen, wenn die Infektion akut ist, dass sie aber bei chronischen Infektionen häufig vorhanden sind.

Durch gute Mundhygiene können die Amoeben aus der Mundhöhle ferngehalten oder doch wenigstens ihre Vitalität erheblich vermindert werden.

FINDER.

30) **Paul Georgi. Ein Adamantinom des Unterkiefers.** *Diss. Rostock 1913.*

Ausser der Beschreibung eines Falles mit Beigabe einer Tafel und von 4 Abbildungen gibt G. eine gute umfassende Schilderung der gesamten Adamantinomfrage.

DREYFUSS.

31) **Goldmann** (Iglau). **Die Osteomyelitis des Unterkiefers und ihre tonsilläre Aetiologie.** *Centralbl. f. Chir. No. 44. 1916.*

Für 2 Fälle von Osteomyelitis des Unterkiefers, bei der bisher höchstens die dentale Aetiologie in Betracht kam, wird der kausale Zusammenhang mit chronischer desquamativer Tonsillitis angenommen.

SEIFERT.

32) **Constant Saison** (Paris). **Sekundäre syphilitische Läsionen der Zunge. (Secondary syphilitic lesions of the tongue.)** *New York med. journ. 16. September 1916.*

Unter 617 vom Verf. beobachteten Fällen von Lues waren 40 mit Läsionen der Zungenschleimhaut und von diesen letzteren hatten 35 Plaques muqueuses. Genaue Beschreibung der klinischen Bilder, sowie auch der tuberkulösen Erscheinungen.

FREUDENTHAL.

33) **Joseph D. Lewis. Streptokokkenpharyngitis. (Streptococci pharyngitis.)** *The journal Lancet. 15. Januar 1916.*

Bakteriämie ist häufig Begleiterscheinung frischer und alter Streptokokkenpharyngitis. Streptokokken sind immer in den Schleimhautfalten des Schlundes zu finden. Reizende Lokalbehandlung verschlimmert die Krankheit. Vakzinetherapie bei frischer Streptokokkenpharyngitis ist von keinem Wert.

OTTO T. FREER.

34) **Bross** (Berlin). **Ein Beitrag zur Kenntnis der leukämischen Veränderungen in der Pharynxschleimhaut und im Waldeyer'schen Schlundringe.** *Passow's Beiträge. Bd. 9. H. 1/2. 1916.*

Es handelte sich um einen Fall von Leukämie bei einem 13jährigen Mädchen, welches unter den Erscheinungen einer Peritonsillitis — entzündliche Schwellung über der rechten Tonsille, Oedem von Uvula und weichem Gaumen — inzidiert und wegen zunehmender Atem- und Schluckbeschwerden in die Klinik aufgenommen wurde. Petechien am Rumpf, Fieber, hoher Puls und deutliche Milzvergrösserung sowie Hämaturie gaben zur Diagnose Sepsis Veranlassung; Blutkultur blieb steril. Exitus am dritten Tage. Sektion: multiple subkutane Blutungen, Pachymeningitis haemorrhag. int., Spuren von Endocarditis aortica, sehr starke Vergrösserung des lymphatischen Rachenringes mit ausgedehnten gangränösen Veränderungen, starke Schwellung der Lymphknoten und Peyer'schen Plaques im Ileum und Dickdarm, leukämischer Milztumor. Knochenmarkpräparat: Lymphatische Leukämie.

Wächserne Blässe des Patienten, derbe Schwellung der Lymphdrüsen und Neigung zu Blutungen lenken den Verdacht auf Leukämie; einem operativen Eingriff gehe in solchem Falle eine Blutuntersuchung voran. SCHLITTLER.

35) **P. Laurens. Lähmung des Gaumensegels mit gleichseitiger Recurrenslähmung. (Paralysie du voile du palais, paralysie récurrentielle homonyme.)** *La Presse médicale. No. 59. S. 477. 1916.*

Die Lähmung war die Folge einer Granatverletzung, deren Sitz nach der Röntgenaufnahme hinter dem Proc. styloideus in Höhe des Foramen lacerum post. war. Es handelt sich um eine Verletzung des Vagospinalis. Verf. deutet den Fall als eine Bestätigung dafür, dass der Vagospinalis der motorische Nerv für das Gaumensegel sei. FINDER.

36) **M. Favre** und **H. Dreyfouss. Stomatitis und Angina fuso-spirillaris; ihre Behandlung mit Argent. nitr. und Methylenblau. (Stomatites et angines fusospirillaires; leur traitement par le nitrate d'argent et le bleu de méthylène.)** *La Presse médicale. 2. November 1916.*

Die Ulzerationen werden mit einem Wattetupfer, der in 10proz. Argentumlösung getränkt ist, sorgfältig gereinigt; man muss dabei bis auf den Geschwürsgrund gehen. Dann wird reichlich mit einer 1proz. Methylenblaulösung gepinselt. Dies wird täglich wiederholt; handelt es sich um Angina Vincenti, so muss man in die Tiefen der Lakunen eingehen, wo häufig der primäre Sitz der Infektion ist. Mittels dieser Behandlung wird in 8 Tagen Heilung auch der ausgedehntesten Ulzerationen der Mandel erzielt. Verff. gehen so weit zu behaupten, dass, wenn diese Behandlung in Stich lässt, es sich um etwas anderes handeln muss, als eine fusospirilläre Affektion. FINDER.

37) **Klemens Löhninger. Angina und Sepsis.** *Diss. München 1913.*

Drei Fälle von Sepsis in puerperio, von denen der erste sehr interessant ist, insofern als die Sepsis von einer während der Geburt entstandenen Angina ausging, bzw. die etwas verfrühte Geburt durch das hohe Fieber der Angina veranlasst war. Auch das Kind, das wenige Tage nach der Geburt starb, zeigte erysipelatöse Erscheinungen an den Beinen und bei der Autopsie im Unterhautzellgewebe der erysipelatösen Stellen, sowie im Herzblut und Milzsaft Streptokokken und Staphylokokken.

Die Mutter hatte u. a. septische Peritonitis; im Herzblut Streptokokken. Die anderen zwei Fälle waren keine frischen Anginen; es fanden sich Tonsillarpfröpfe und eine vereiterte Stelle in der Tonsille; ob die Sepsis von hier ausging, da in vivo keinerlei Schluckbeschwerden bestanden, ist mehr als fraglich.

DREYFUSS.

38) **E. Knutson. Fall von Angina tonsillaris und Sepsis. Tod.** Aus dem Bericht der Abt. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkranke des Krankenh. Sabbatsberg in Stockholm. *Oto-laryng. Meddelanden. Bd. 2. August 1916.*

54jährige Frau. Aufgenommen am 2. 4. Tod am 3. 4. 1916.

4 Tage vor der Aufnahme akute Angina, keine Streptokokken, keine Diphtheritis; die durch Myocarditis chronica und Arthritis urica wenig widerstandskräftige Pat. zeigte Symptome von Sepsis und starb nach 24 Stunden.

E. STANGENBERG.

39) **John C. Simpson** (Norristown, Pa.). **Resultate der Tonsillektomien. (After-results of tonsillectomy.)** *Journ. amer. med. assoc. 1. April 1916.*

Im Girard College wurden 571 Knaben, bei denen allen die Mandeln und Wucherungen entfernt worden waren, weiter beobachtet. Die Gelegenheit hierzu war günstig, da diese Schüler hier genau in bezug auf ihre Gewohnheiten, Schlaf, gymnastische Uebungen, Nahrung usw. untersucht werden konnten. Das Resultat war folgendes:

1. Von 320, die an Halsentzündungen gelitten hatten, wurden 64 pCt. gebessert. 2. Reste der Tonsillen waren noch vorhanden in 44 pCt. 3. Von 195 Mundatmern wurden 58 pCt. gebessert. 4. 70 pCt. glaubten, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand sich gebessert hätte. 5. Von 48 an Ohrenkrankheiten Leidenden wurden 77 pCt. gebessert. 6. Unter 45 Studenten besserten sich in der Schule 4 pCt., während 6 pCt. schlechter wurden. 7. 54 pCt. an Enuresis Leidende wurden gebessert. 8. Die Stimme besserte sich bei 32 unter 33 Untersuchten. 9. Während einer Endemie von Scarlatina waren ein Drittel der Patienten schon vorher operiert worden und ein Viertel während einer Diphtherieendemie. Ein vorher operierter Schüler wurde ein Diphtherieträger.

FREUDENTHAL.

40) **Walther Taube. Ueber den Einfluss der vollständigen Gaumenmandelentfernung (Tonsillektomie) auf den Gelenkrheumatismus.** *Diss. Berlin 1915.*

Unter gründlicher Berücksichtigung der Literatur und Bericht über 7 weitere Fälle aus der His'schen Klinik kommt T. zur Feststellung, dass die Entfernung der Gaumenmandeln bei akuten wie chronischen Gelenkerkrankungen ihre unstreitig grossen Erfolge gezeitigt hat, dass aber trotzdem der Frage nicht die Beachtung in Aerztekreisen zuteil geworden ist, die sie verdient.

Es fehle vor allem noch an Dauerbeobachtungen, wie sie gerade der praktische Arzt anstellen könne, um zu einem sicheren Urteil zu gelangen.

DREYFUSS.

d) Diphtherie und Croup.

41) **M. L. Wilbanks. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Texas med. journ. Febr. 1916.*

Von 1 bis 7 pCt. gesunder Menschen sind Träger des Klebs-Löffler'schen Bazillus. Die Minimaldosis des Antitoxins für ein Kind soll 5000 Einheiten sein. Für schwere Fälle beträgt die Dosis 30000. Es wird auf die Gefahr des Aushustens des Intubationsrohrs bei Kehlkopfdiphtherie hingewiesen und auf die schweren Nebenverletzungen und Dekubitus aufmerksam gemacht, welche dem ungeschickten Gebrauch des Rohrs folgen können. Die Tracheotomie ist der Tubage vorzuziehen, weil sie vor dem möglichen Erstickungstod beim Aushusten des Intubationsrohrs schützt.

OTTO T. FREER.

42) **Ludw. Otto Gottfried König. Diphtheriebehandlung in den Jahren 1903 bis 1913 im Diakonissenhaus Dresden.** *Diss. Jena 1915.*

Statistische Daten über 631 Fälle; Sterblichkeit 10,9 pCt.; im Pubertätsalter und darüber nur 3,2 pCt., dagegen im ersten Lebensjahr 66 pCt., im zweiten 23 pCt., im dritten 15 pCt., Stenosen 163, davon wurden 103 tracheotomiert (Mortalität dieser 32,3 pCt.). Die Arbeit enthält noch weiter Angaben über Myokarditis, Albuminurie, Lähmungen usw. DREYFUSS.

43) **Berg** (Berlin-Lichtenberg). **Beitrag zur Behandlung der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 12. 1916.*

Neben den üblichen Ausspritzungen und Pinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd und intravenösen Heilseruminjektionen wurde die Diphtherie auch mit Serum lokal behandelt. SEIFERT.

44) **Felix Ramond** und **B. de la Grandière. 'Sensibilitätsstörungen im Verlauf der Diphtherie. (Troubles de la sensibilité au cours de la diphthérie.)** *Société médicale des hôpitaux. 13. Oktober 1916.*

Verff. haben in vier Fünftel aller Diphtheriefälle Sensibilitätsstörungen beobachtet; es scheint sogar, als ob solche bei schwerer und mittelschwerer Diphtherie immer vorhanden sind. FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

45) **A. Onodi** (Budapest). **Probleme der Kehlkopfinnervation.** *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 241.*

In vorliegender Arbeit finden wir eine Zusammenfassung der experimentellen Tatsachen, sowie die klinischen und pathologischen Beobachtungen über die zentrale und periphere Innervation des Kehlkopfes. Es zeigt sich dabei, wie gross noch die Zahl der nicht erledigten Fragen bezüglich der Kehlkopfinnervation ist, und nicht minder gross ist die Schwierigkeit, die bisherigen experimentellen Ergebnisse auf diesem Gebiete mit den pathologischen und vielfach sehr mangelhaften klinischen Beobachtungen in Einklang zu bringen, so dass eine Grundlage zur Aufstellung pathologischer Gesetze bisher unmöglich erscheint. In dieser Beziehung hat auch die grosse Zahl der im Laufe des Krieges vorgekommenen Kopfschüsse, Gehirnläsionen, Eiterungen der Gehirnhäute usw. zur Klärung der komplizierten Lehre der zentralen Kehlkopfinnervation nichts beigetragen.

B. BAGINSKY.

46) **M. Weingärtner** (Berlin). **Ueber Laryngozelen.** Mit 3 Tafeln u. 10 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 293.*

Unter Laryngozele verstehen wir lufthaltige Erweiterungen des Sinus Morgagni, also supraglottische mit Flimmerepithel ausgekleidete Hohlräume und nach v. Hippel unterscheiden wir präformierte, d. h. solche, welche in der Anlage schon vorhanden sind, und solche, welche im Anschluss an eine Erkrankung des Kehlkopfes entstanden sind. Zu den bisher beschriebenen 28 Fällen von Laryngozelen fügt W. zwei eigene Beobachtungen hinzu; der erste Fall betrifft eine 64jährige Frau, welche wegen Erstickungsgefahr zur Aufnahme kam und bei der

links aussen am Halse eine das vordere Halsdreieck ausfüllende, prall elastische Geschwulst von fast Hühnereigrösse zu konstatieren war. Die ausgeführte Punktion ergab, ebenso wie die Röntgenuntersuchung als Inhalt Luft und W. legt besonders Gewicht darauf, festzustellen, dass die Röntgenstrahlen einwandfrei Aufschluss geben können da, wo die Diagnose zwischen Laryngozele und Zyste schwankt. Etwaige differential-diagnostische Momente und die therapeutischen Encheiresen werden ausführlich besprochen. Der zweite Fall betrifft einen 39jährigen Mann, bei dem die Obduktion eine blasige Dilatation des Morgagni'schen Ventrikels ergab. In diesem Falle gelang der Versuch, die Luftblase im Röntgenbild festzuhalten, nicht.

B. BAGINSKY.

47) **R. Steiner. Papillom des Kehlkopfs.** Verein Deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 4. Februar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 28. S. 867. 1916.*

65jähriger Mann, dem vor 5 Jahren ein in der Mitte des rechten Stimmbandes sitzendes etwa erbsengrosses Papillom (myxofibromatöses Stimmbandpapillom) entfernt worden war. Seit etwa 3 Monaten Hustenreiz, Heiserkeit, nach dem Ohr ausstrahlende Schmerzen, zuletzt stärkere Atemnot. Laryngoskopisch: Fast die ganze linke Kehlkopfhälfte ausfüllendes Papillom. Erörterung der in Frage kommenden Behandlungsmethoden. Für seinen Fall ist Verf. wegen der Grösse der Geschwulst für das endolaryngeale Verfahren auf direktem Wege mittelst Schwebelaryngoskopie.

Bemerkenswert ist, dass auf der rechten Seite kein weiteres Rezidiv aufgetreten ist.

R. HOFFMANN.

48) **E. Schmiegelow. Papilloma malignum laryngis.** *Nordisk Tidskrift for oto-rhino-laryng. Bd. 1. No. 1. 1916.*

Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose dieser Krankheit und die Notwendigkeit einer mikroskopischen Untersuchung des Tumors vor jedem Eingriffe; nur wenn eine grosse Reflexirritabilität eine Probeexzision unmöglich macht, darf man auf diese Untersuchung verzichten.

Er berichtet über einen eigenen Fall von Kehlkopfneubildung bei einem 52jährigen Manne, die, trotzdem sie „mikroskopisch betrachtet vollständig wie ein gutartiges Papillom aufgebaut ist, einen ausgesprochen malignen Verlauf nimmt". Aus der Literatur hat Verf. einige analoge Fälle gesammelt und berührt zum Schluss die alte Frage betr. die Umbildung benigner Geschwülste in maligne infolge endolaryngealer Eingriffe und spricht die Meinung aus, dass es sich bei solcher Umbildung wahrscheinlich um bösartige Kehlkopfpapillome handelt.

Die Behandlung dieser Tumoren soll schon von Anfang sehr energisch sein und man darf nicht zögern, das ganze Organ zu entfernen.

E. STANGENBERG.

49) **Levinstein** (Berlin). **Zur Pathologie und Therapie der „Epiglottitis acuta traumatica abscedens".** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 3. 1916.*

Es handelt sich um die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Abszess der Epiglottis, entstanden bei einer 22jährigen Patientin im Anschluss an eine Verletzung der lingualen Epiglottisfläche durch eine Brotkrume (Kriegsbrot). Bei der Inzision Entleerung von Eiter. Gegen die sehr hochgradigen

Beschwerden — Schmerzen stechenden Charakters, ähnlich der Peritonsillitis, heftiges Druckgefühl im Hals, Husten — empfiehlt Verf. Antiphlogistica, Narcotica und möglichst frühzeitige Inzision.

SCHLITTLER.

50) **Fahr** (Hamburg). **Tuberkulöse Zerstörung der Epiglottis.** *Med. Klinik. No. 43. S. 1140. 1916.*

Bei den 4 Kehlköpfen mit ausgedehnter tuberkulöser Zerstörung der Epiglottis bestanden klinisch keinerlei Schluckbeschwerden, anatomisch keine Aspirationen in der Lunge. Das beweist, dass beim Schlucken das Heben des Kehlkopfes unter die nach hinten gehobene Zungenhinterwand völlig genügt, um auch ohne Kehldeckel einen ausreichenden Verschluss des Kehlkopfeinganges herzustellen.

SEIFERT.

51) **Hill Hastings. Kehlkopftuberkulose und Tuberkulin. (Tuberculosis of the larynx with special reference to the use of tuberculin.)** *The Laryngoscope. Mai 1916.*

Verf. macht die geläufige unbewiesene und unbeweisbare Behauptung, dass Kehlkopftuberkulose selten oder nie primär sei, und sagt, dass sorgfältige Lungenuntersuchung immer den primären Herd in der Lunge entdecke. (Ref. hingegen hat eine Anzahl von Kehlkopftuberkulösen beobachtet, wo auch die genaueste Untersuchung einen Lungenherd nicht finden konnte, und wo die Behauptung, ein solcher müsse dennoch da sein, ohne Autopsie nicht aufrecht zu halten war.)

Verf. sagt, dass das Fehlen von Kehlkopftuberkulose bei Kindern eine beachtenswerte Tatsache sei. (Ref. fand Kehlkopftuberkulose bei einem 11jährigen Knaben. Andere haben wohl mehr Fälle gesehen.)

Trotz seines grossen Materials in Kalifornien glaubt Verf. sich nicht bestimmt über den Heilwert des Tuberkulins bei Kehlkopftuberkulose aussprechen zu können, meint aber, die Wirkung kleinster Dosen sei günstig.

OTTO T. FREER.

52) **Ernst Kromayer. Isolierte subkutane Trachealruptur.** *Diss. Leipzig 1915.*

Diese Form von Verletzung stellt eine grosse Seltenheit dar; es sind nur wenige Fälle bekannt. Der vorliegende betraf einen 11jährigen Knaben, der beim Stabringen ausglitt und sich das obere, abgerundete Endstück der Stange mit grosser Gewalt gegen die linke Seite des Halses stiess. Sofort Emphysem an Kopf, Hals, Brust und schliesslich über das Skrotum bis zum Oberschenkel. Operation in Lokalanästhesie. Am nächsten Tag Medianschnitt vom Jugulum bis zum unteren Rand der Schilddrüse. Ueberall entweicht Luft aus dem Gewebe. An der linken Seite der Trachea unterhalb der Schilddrüse findet sich in der Hinterwand gerade am Ansatz der Pars membranacea in die Pars cartilaginea ein 3—4 cm langer Längsriss ohne die geringste Blutung. Starkes Herauspfeifen der Luft. Sofortige Vernähung der Schleimhaut mit mehreren Katgutknopfnähten. Tamponade der Wunde. Einzelne Hautnähte. Das Hautemphysem wird an verschiedenen Stellen punktiert und die Luft ausgedrückt. Glatte Heilung.

DREYFUSS.

53) **Heinrich Hamacher. Zur Histologie der Trachealkarzinome.** *Diss. Giessen 1915.*

Ausführliche histologische Beschreibung eines Gallertkarzinoms der Trachea bei einem 30jährigen Mann, der unter Dyspnoe zugrunde ging.

Erörterungen über die Frage der Stellung dieser Geschwulst in Beziehung auf die sogenannten Zylindrome.

DREYFUSS.

54) W Hommel. **Die Syphilis der Trachea und der Bronchien und ihre Diagnose durch die Tracheobronchoskopie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 783 u. Diss. Freiburg 1914.*

Beschreibung von 2 Fällen vou Trachealsyphilis; literarische Zusammenstellung der bisher durch direkte Tracheobronchoskopie diagnostizierten Fälle.

DREYFUSS.

55) E. Knutson. **Fall von Corpus alienum bronchi. Bronchopneumonie. Tod.** Aus dem Bericht der Abt. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh. des Krankenhauses Sabbatsberg in Stockholm. *Oto-laryng. Meddelanden. Bd. 2. H. 3. August 1916.*

5jähriger Knabe. Aufgenommen am 19. 11. Tod am 4. 12. Vor 5 Wochen hatte Patient eine eiserne Schraube inhaliert.

Status am 19. 11. Schlechtes Aussehen mit starkem Husten; linke Lunge ohne Anmerkung; rechte Lunge: Dämpfung von Spina scapulae mit schwacher Respiration. Durch Röntgen wurde die Lage des Fremdkörpers festgestellt.

Nach Tracheotomia inferior wurden zweimal Versuche gemacht, den Fremdkörper zu entfernen; dies gelang jedoch nicht und nach dem zweiten starb der Patient. Die Sektion zeigte, dass die Schraube, von Granulationen umgeben, im Ende eines Bronchus dritten Ranges zu finden war.

E. STANGENBERG.

56) Chevalier Jackson (Pittsburgh, Pa.) **Bronchiektasien und bronchiektatische Symptome als Folge von Fremdkörpern. (Bronchiectasis and bronchiectatic symptoms due to foreign bodies.)** *Pennsylvania med. journ. August 1916.*

Nach der Ansicht Jackson's sollte kein Fall von Bronchiektasis behandelt werden, ohne dass vorher die Anwesenheit eines Fremdkörpers ausgeschlossen wurde. Das gilt nicht nur für kleine Kinder, sondern auch für Erwachsene, wofür nach beiden Richtungen hin sehr lehrreiche Beispiele gebracht werden. Auch in Fällen von chronischer Bronchitis, Lungentuberkulose, Lungenabszess und chronischem Husten ist zunächst die Anwesenheit eines Fremdkörpers auszuschliessen.

FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

57) K. Schurzmann. **Zwei Betrachtungen über die Sprache.** *Stimme. Bd. 10. H. 10. Juli 1916.*

Sch. betont die Wichtigkeit einer gesunden und schönen Sprache für den Kunstgesang, erklärt ihre Vorbedingungen und ihr Zustandekommen und weist darauf hin, dass fehlerhaftes Sprechen oft die Ursache von Stimmfehlern ist.

Ferner macht Sch. darauf aufmerksam, dass, seit die grosse Masse des Volkes vom Theater auf das Kino heruntergekommen ist, ihr die Möglichkeit, gut und richtig sprechen zu hören, ganz wesentlich eingeschränkt wurde.

NADOLECZNY.

58) **Fröschels** (Wien). **Zur Frage des Wesens der Stotterbewegungen.** *Med. Klinik. No. 39. 1916.*

Im Gegensatz zu anderen Autoren wird vom Verf. die Tatsache festgestellt, dass sich die Embolophrasien nur bei veralteten Fällen von Stottern finden.

SEIFERT.

59) **Fröschels** (Wien). **Ueber den derzeitigen Stand der Frage des Stotterns.** *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33. S. 319. 1916.*

Ziemlich weit ausholender historischer Ueberblick. Darnach bespricht F. die Ansichten neuerer Autoren über die Aetiologie des Stotterns, hierauf seine eigenen, in verschiedenen Arbeiten der letzten Jahre niedergelegten. — Bezüglich der Therapie hält F. von den sogenannten gymnastischen Methoden (Gutzmann, Kleske, Liebmann), dass sie vor allem suggestiven Wert hätten; auch mit anderen Suggestivmethoden seien Heilerfolge zu erzielen. Es scheine ihm eindeutig hervorzugehen, dass die allermeisten Stotterfälle nicht durch Krämpfe, sondern durch Fehlbewegungen, die anfänglich auf dem Boden zentralen Ideenausfalls entstehen und später durch eine Kombination von Verkennung des Uebels mit Sprechfurcht bewusster und unterbewusster Art genährt wurden, zu erklären sind.

Erhebung genauester Anamnese unter besonderer Beachtung der einzelnen Form des Stotterns sei notwendig.

DREYFUSS.

60) **Albert Liebmann. Sprachstörungen bei Kriegsteilnehmern.** *Vorlesungen über Sprachstörungen. H. 10. Berlin 1916. (O. Coblentz.) 109 S. Preis 3 M.*

Aneinanderreihung von 21 Krankengeschichten mit kurzen Epikrisen, teils nach Kopfverletzungen, teils nach Schockwirkung usw., 10 Fälle von Stottern, 6 Aphasien, 3 „Stummheiten mit Aphonie“, 2 Fälle von undeutlicher Sprache mit häufigem Versprechen. Ein Teil der Aphasien konnte nicht zu Ende behandelt werden. Die Erfolge der Uebungsbehandlung werden hervorgehoben und an zahlreichen Beispielen die Art der aphasischen Sprachstörung und ihrer Besserung aufgezeigt. Die Erfolge bei Stotterern waren zufriedenstellend, natürlich nicht absolut gut, da es sich zum Teil um frühere Stotterer handelt. Die Fälle von Stummheit und Aphonie wurden mit Uebungsbehandlung zum Teil geheilt, zum Teil gebessert und gingen bisweilen in Stottern über, wie das ja bekanntlich vorkommt. Zur Beseitigung der Aphonie benutzt L. das Verfahren von Gutzmann: Kompression des Kehlkopfs beim Intonationsversuch.

NADOLECZNY.

61) **Fritz Kaufmann** (Mannheim). **Die planmässige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. S. 802—806.*

Diese wichtige Arbeit kommt für den Laryngologen in Betracht wegen der Anwendung der Methode bei Aphonien und Stummheit. K. bedient sich mit ausnahmslosem Erfolg bei ganz veralteten Fällen der Ueberrumpelungsmethode, die aber gleichzeitig mit der Wiedererziehung der Funktion verbunden ist. Sein Vorgehen setzt sich aus 4 Teilvorgängen zusammen: 1. Suggestive Vorbereitung durch Arzt, Personal, geheilte Kranke. 2. Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme reichlicher Wortsuggestion. Die Elektroden liegen an indifferenten Körper-

teilen, z. B. Kreuzbeingegend und Arm, **nicht** Kehlkopf! 3. Strenges Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform. 4. Unbeirrbar konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung und wenn sie eine oder mehrere Stunden dauert. Der Wille des Arztes wird dem Kranken aufgezwungen. Der schmerzhafte Strom erzeugt psychischen Schock und dient so als Hilfsmittel. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

62) **Courvoisier** (La Chaux-de-Fonds). **Ueber den Einfluss von Jodthyreoglobulin und Thyreonukleoproteid auf den Stoffwechsel und das Blutbild des Myxödems und des Basedow.** *Berner Diss. 1916.*

Es wurde mit einem Fall von ausgesprochenem Myxödem und Kretinismus und mit zwei Fällen von typischem Basedow mittlerer Schwere experimentiert. Die Ergebnisse sind folgende.

Myxödem: Unmitteibar nach Darreichung des Thyreonukleoproteiles mässig N-Retention. Das Blutbild erlitt starke Abweichung von der Norm. Die ohnehin veränderten neutrophilen Leukozyten nahmen noch mehr ab, die schon vermehrten Lymphozyten noch mehr zu.

Verabreichung von Thyreoglobulin bewirkte dagegen Vermehrung der Stickstoffausscheidung und eine Ueberführung des Blutbildes zur Norm, d. h. Vermehrung der neutrophilen Leukozyten, und Abnahme der Lymphozyten. Das Gemisch beider Substanzen verbesserte das Blutbild noch mehr.

Basedow: Jodthyreoglobulin vermehrte die Stickstoffausscheidung. Das für Basedow typische Blutbild und der ganze Zustand dieser beiden Patienten wurde verschlechtert.

Das Thyreonukleoproteid bewirkte eine Verminderung der N-Ausscheidung, aber keine Besserung des Blutbildes. JONQUIÈRE.

63) **K. Norregaard. Etwas über Thyreoditis.** *Ugeskrift for laeger. 1915.*

Nur wenige Krankheiten scheinen dem Verf. so interessant zu sein wie der rätselhafte Symptomenkomplex, der sich gruppiert um die Glandula thyreoidea und Struma, Morbus Basedowii und Myxödem. Rätselhaft sind noch diese Krankheiten in ihrer Entstehung und in ihrem Zusammenhang mit einander. Dass wir es mit einem Intoxikationsprozess zu tun haben, bezwetfelt wohl niemand, ob es sich hier um eine Autointoxikation handelt oder ob die Intoxikation von bestimmten Bakterien oder von anderen äusseren Agentien stattfindet, wissen wir nicht.

Besonders hat sich Verf. für die Bedeutung dieser Krankheit als Familienkrankheit interessiert und für ihr Verhältnis zu Geisteskrankheiten in den Familien und zu anderen Krankheiten und zwar zu Nervenkrankheiten und Krankheiten der oberen Luftwege.

Verf. gibt einen kurzen Bericht über das Verhältnis der Krankheit in diesen Beziehungen bei 35 (34 Frauen und 1 Mann) von ihm beobachteten Fällen und besonders lenkt er die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Thyreoiditis und Tuberkulose resp. Cancer. STANGENBERG.

64) **Fritz Reif. Ueber einen Fall von Adenoma tubulare papilliferum der Schilddrüse.** *Diss. Strassburg 1916.*

9 Jahre altes Mädchen mit einem innerhalb $1^1/_2$ Jahren wachsenden Kropf. Starke Atembehinderung. Während der Operation Asphyxie, welche die Tracheotomie benötigt. Luftaspiration, Kollaps. Exitus.

Die histologische Untersuchung ergab, dass kein normales Schilddrüsengewebe mehr vorhanden war, sondern es in der Hauptsache schlauchförmige, langgestielte Bildungen, mit Zylinderepithelien ausgekleidet, waren. Auch war starke Neigung zu Papillenbildung vorhanden; diese papillenartigen Vorsprünge trugen mehrfach geschichtete Zylinderepithelien.

Die Schilddrüse hatte dabei normal funktioniert, denn es waren in vivo weder Zeichen von Hyperthyreoidismus, noch von Myxödem zu konstatieren.

Die Arbeit schliesst mit Erörterungen über Beziehungen dieser Geschwulstart zu den bekannten Langhans'schen Formen. DREYFUSS.

65) **Curt Morgenstern. Beitrag zum Bild der Schilddrüsentuberkulose.** *Diss. München 1913.*

Beschreibung des Falles einer 50 Jahre alten Frau.

Besprechung der Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber der Struma maligna. Im vorliegenden Fall war — auch nach histologischer Untersuchung — die Diagnose Karzinom gestellt worden, bis der dauernde operative Heilerfolg zu einer nochmaligen histologischen Untersuchung des Präparats und zur Rektifikation der Diagnose Veranlassung gab. DREYFUSS.

g) Oesophagus.

66) **Marco Schröter. Ueber einen Fall von kongenitalem Verschluss der Speiseröhre mit Oesophagotrachealfistel.** *Diss. Zürich 1914.*

Beschreibung des Präparats unter Beigabe eines Photogramms. Der Oesophagus besteht aus zwei Teilen, einem oberen, der in einen erweiterten Blindsack überführt, und einem unteren, der wenig über der Bifurkation aus der hinteren Trachealwand hervorkommt und in normaler Weise in den Magen mündet. Ausserdem bestand Atresia ani. DREYFUSS.

67) **Josef Kleinmanns. Ein Fall von angeborener Atresie des Oesophagus.** *Diss. Bonn 1914.*

Beschreibung eines Präparats aus dem Bonner pathologischen Institut. Blindes Enden des oberen Teils; Abgang des unteren Teils aus einer fistelförmigen Oeffnung der Hinterwand der Trachea. DREYFUSS.

68) **C. E. Benjamins** (Utrecht). **Eine einfache Methode zur Ermittelung einer Speiseröhrenverengerung.** Mit 8 Textfiguren. *Archiv f. Laryng. und Rhinol. Bd. 30. H. 3. S. 319.*

Verf. lässt kleine an einem Seidenfaden befestigte Kugeln schlucken, welche unter pathologischen Verhältnissen in der Verengerung der Speiseröhren stecken bleiben. Ein Satz von 5 Kügelchen in der Dicke von 7—11 mm Durchmesser und

12—14 mm Längenmasse reicht für die vorliegenden Zwecke aus; die Kügelchen sind hohl, aus Kupfer und vernickelt. Neben der Ermittelung der Stenose sollen diese Kügelchen neben der Oesophagoskopie auch zur Röntgenuntersuchung mit Bismutbrei benutzt werden. Im Röntgenzimmer soll das Kügelchen die Bismutkapsel mit Erfolg ersetzen.

B. BAGINSKY.

69) **Heiderich. Strang zwischen Oesophagus und rechtem Bronchus.** Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn, med. Abt., Sitzung v. 15. Nov. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 339. 1916.*

Der Strang beginnt mit breiter Basis am Oesophagus, dessen Längsmuskelfasern teilweise in den Strang umbiegen. Er heftet sich an der Rückwand des rechten Bronchus, etwa 2 cm von der Bifurkation entfernt an. An der Abgangsstelle des Stranges zeigt der Oesophagus eine trichterförmige Ausbuchtung, welche schräg abwärts in einen kurzen, für eine feine Sonde leicht durchgängigen, in der Achse des Stranges verlaufenden, und in den rechten Bronchus mit einer feinen runden Oeffnung einmündenden Kanal führt. Die Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchus ist nach H. auf eine ganz frühe Entwicklungsstörung zurückzuführen. Anhaltspunkte für eine Entstehung im Verlauf eines krankhaften Prozesses fanden sich nicht.

R. HOFFMANN.

70) **Uffenorde. Oesophagus-Fremdkörper.** Med. Ges. zu Göttingen, Sitzung v. 3. Februar 1916. *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 807. 1916.*

Gaumenplatte mit zwei Zähnen im oberen Oesophagus eines 41 jährigen Mannes. Vor vier Tagen in der Nacht plötzlich Halsschmerzen und Unmöglichkeit etwas zu schlucken. Rachenorgane frei, im Hypopharynx Schwellung und Schleimeiter. Ringknorpel von aussen sehr druckempfindlich. Wegen abgelaufener tuberkulöser Prozesse an mehreren Organen wird an tuberkulöse Perichondritis des Ringknorpels gedacht. Bei der Oesophagoskopie, die gleichzeitig zur Einflössung von Nahrung benutzt wird, wird der fast ganz von stark phlegmonös entzündeter Schleimhaut verdeckte Fremdkörper entdeckt und entfernt.

R. HOFFMANN.

71) **Thost. Fremdkörper im Oesophagus.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 10. Novbr. 1915. *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 337. 1916.*

Es handelte sich um ein bezw. zwei aneinander geklebte Pfennigstücke, die ein $3^1/_2$jähriger Knabe beim Spielen verschluckt hatte, und die auf ösophagoskopischem Wege entfernt wurden.

R. HOFFMANN.

72) **Charles J. Imperatori** (New York). **Die Endoskopie des Oesophagus und der oberen Luftwege bei Kindern. (Endoscopy of the esophagus and upper air passages in children.)** *New York state journ. of med. September 1916.*

Verf. bespricht zuerst die Indikationen zur Untersuchung des Oesophagus: Akute Dysphagie und Aphagie, sowie seltene Fälle von retropharyngealem Abszess (die ersten beiden weisen auf einen Fremdkörper hin), ferner Narbenstenosen des Oesophagus, die durch ätzende Flüssigkeiten erzeugt waren. Zur Ausführung der Oesophagoskopie benutzt er für die oberen Teile das Jackson'sche Spekulum. Dann werden die Indikationen zur Untersuchung der oberen Luftwege, d. h. des Larynx

und der tracheobronchialen Verzweigung angegeben. (Ref. möchte hier nochmals darauf aufmerksam machen, dass Larynx und Trachea doch eigentlich nicht zu den oberen Luftwegen gehören, sondern dass man sie mittlere Luftwege nennen sollte, gar nicht zu sprechen von den Bronchien.) Zu diesen Indikationen zählt Imperatori: Plötzlich auftretende Dyspnoe als Zeichen von Fremdkörpern, nicht zu verwechseln mit Laryngismus stridulus, ferner akute Heiserkeit, die meistens im Gefolge einer entzündlichen Reaktion bei Diphtherie, oder bei akuter Tonsillitis Retropharyngealabszess usw. auftritt, ferner Dyspnoe aus verschiedenen Gründen (Papillome, Diphtherie usw.), ferner tracheale oder bronchiale Diphtherie, lang andauernder Husten und schliesslich Fälle von Lungenabszess nach Tonsillektomie, wie sie gerade hier in New York im letzten Jahre beobachtet wurden.

Zur Untersuchung des Kehlkopfes benutzt Verf. das Jackson'sche Spekulum, zu Operationen im Innern des Larynx aber zieht er die Schwebelaryngoskopie nach Killian vor.

Bei der Ausführung der Bronchoskopie, für die nie irgend ein Anästheticum gegeben wird, macht Verf. darauf aufmerksa,m dass man auf die Atmung achten solle. Tiefe Inspirationen oder plötzliche Vermehrung der Atemzüge sind eine Warnung, dass man sich auf gefährlichem Boden befindet. Die Gefahr einer Perforation in die Pleura hinein ist sehr gross und solche Fälle sind vorgekommen. Experimente an Hunden, die Verf. ausführte, zeigten einen Kollaps beider Lungen, und die meisten gingen in 3 Minuten oder früher zu Grunde. In der diesem Vortrage folgenden Diskussion sprachen:

S. Yankauer (New York), der bei Kindern über einem oder höchstens zwei Jahren immer die allgemeine Narkose vorzieht. Ferner berichtet Y. über eine Nadel, die tief unten in den kleinen Bronchien sass. Y. führte sehr vorsichtig eine Sonde ein, um die Nadel zu lokalisieren. Aber in dem Moment, in dem er die Nadel zu berühren glaubte, traten plötzlich Konvulsionen ein. Als er dann versuchte, mit einer Zange den Fremdkörper zu fassen, traten wiederum Konvulsionen ein, an denen die P. zu Grunde ging. Es ist möglich, meint Y., dass die Nadel die Pleura berührte und so die Konvulsionen auslöste.

John E. MacKenty (New York) ist gleichfalls für allgemeine Narkose, ausgenommen in den Fällen, in welchen nur eine sehr kurze Untersuchung zu machen ist.

FREUDENTHAL.

Namen-Register.*)

*) Die **fett gedruckten** Zahlen verweisen auf Publikationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Zitate, Diskussionen etc.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Inhalt.

Einsendungen für das **Internationale Centralblatt** werden an die Adresse des Herausgebers, Herrn **Prof. Dr. Georg Finder** in **Berlin W. 50, Augsburger Strasse 38,** erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.